الارتكاس العقاقيرى

قلقه ، ومثيراته ، ومواقفه ، وعوامله ، والاتجاه نحوه ، ونحو العقار البديل فى ضوء حجر الارتكاسات السابقة لدى عينة من مدمنى الهيروين

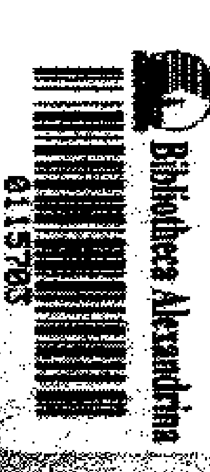
دراسة علمية مقارنة

دكتـور

مدحت عبد الحميد ابو زيد

استاذ مساعد بقسم علم النفس

كلية الآداب ـ جامعة الاسكندرية



دار المعرفة الجامعية

الارتكاس العقاقيري

ماهيته، ومثيراته، ومواقفه، وعوامله، والاتجاه نحوه، ونحو العقار البديل في ضوء حجم الارتكاسات السابقة لدى عينة من مدمني الهيروين - دراسة عاملية مقارنة.

دكتور

مدحت عبد الحميد أبو زيد

أستاذ مساعد بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الإسكندرية

استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

عضو الرابطة الدولية لعلاج الإدمان بالإبر الصينية (NADA)

عضو الرابطة الدولية لمرشدي سوء استخدام

العقاقير والكحوليات (NAADAC)

عضو رابطة ولاية جورجيا الأمريكية لمرشدي الإدمان (GACA)

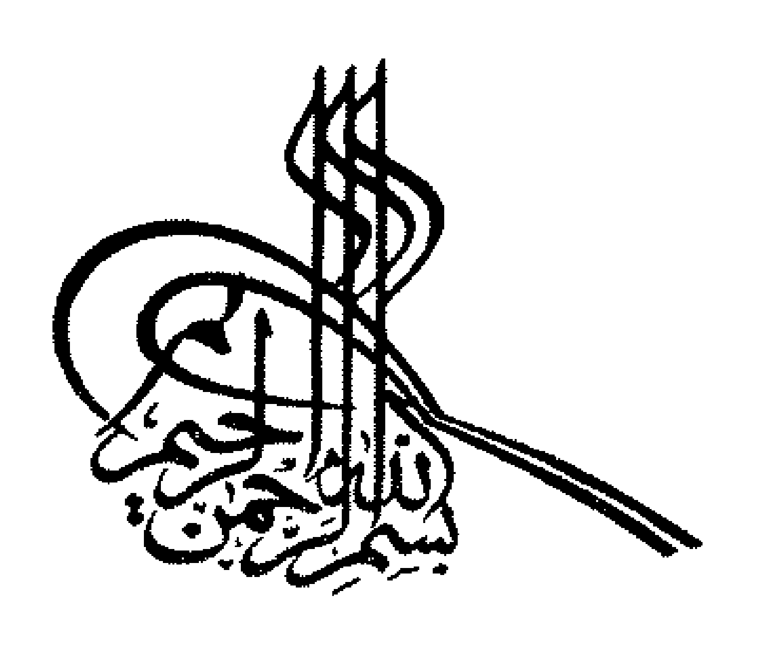
مرشد إدمان مرخص من وزارة الصحة السعودية (CAC- S.M.O.H.)

١٩٩٨

دار المعرفة الجامعية

٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣

٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - ت ٥٩٧٣١٤٦



الإهـــداء

إلى كـل مريـــض فـــي مرحـلة

التـشـــافي من الإدمـــان

القائمة التفصيلية للمحتويات

الموضوع	الصفحة
ثانياً : نظريات تفسير الإرتكاس	

الموضوع | الصفحة

الفصل الثاني :

الإرتكاس

مؤشراته - مثيراته - مواقفه - عوامله - الوقاية منه

أولاً : مؤشرات الإرتكاس وعلاماته التحذيرية المنذرة

أ - المؤشرات المعرفية

الموضوع	الصفحة

الموضوع | الصفحة

ثانياً : مثيرات الإرتكاس

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

سابعاً : المواقف، والعوامل ذات الطبيعة النفسية

أ ـ المواقف :

ب ـ العوامل :

ثامناً: المواقف ، والعوامل البيئية :

أ ـ المواقف :

ب ـ العوامل :

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة
٢٥- العدوان ، والعدائية	٦١
٢٦- الاحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة التعاطي....................	٦٢-٦١
- ج - المؤشرات الاجتماعية	
١- ضعف القدرة على الأداء بفاعلية أو الالتزام بالمحددات..........	٦٣
٢- عودة الميل للتحكم في الآخرين ، والمواقف ، والاشياء..........	٦٣
٣- الفشل في التوصل إلى أنظمة تدعيمية بين شخصية (رسمية)	٦٣
٤- الفشل في اقناع مدمنين آخرين بالتوقف..........................	٦٤
٥- الاستثارة مع الأصدقاء..	٦٤
٦- التعاطي الاجتماعي	٦٤
٧- محاولات الالتقاء باصدقاء التعاطي القدامى........................	٦٥-٦٤
٨- الاتصالات الهاتفية المشبوهة.....................................	٦٥
٩-ضعف المجاملات الإجتماعية	٦٥
١٠- ضعف الواجبات الاجتماعية	٦٥
١١- كثرة المشكلات مع الآخرين ، وتزايد شكاواهم..................	٦٥
١٢- مشكلات العمل	٦٦
- د - المؤشرات العلاجية	
١- نقص الاعتناء بالذات..	٦٦
٢- انخفاض دافعية العلاج	٦٧
٣- تناول عقاقير طبية للتأقلم	٦٨-٦٧
٤- فقدان متزايد أو تام للبناء اليومي	٦٨
٥- بداية التعاطي المنضبط...	٦٨
٦- الغرس في التشافي..	٦٩
٧- خلق الاشتياق الذاتي	٦٩

الموضوع | الصفحة

الموضوع	الصفحة

تقـــديم

أوله نلع ، ووسطه ولع ، وآخره هلع .. هكذا الإدمان يبدأ بـالنغم ، ويتطـور بـالندم ، وينتهـي بـالعدم .. ظـاهره الرحمــة ، وباطنة العذاب ، فرحه دقائق ، وترحه سنوات .. أعراضه كثيرة ومتعددة أظهرها الإرتكاس ، والميـل نحـوه Tendency To Relapse وهو يعني العودة إلى سلوكيات التعاطي بعد فترة من الإنقطـاع ، والتوقف . فضـلاً عن وجود اعراض اخرى مثـل التحمل، أو الاطاقة Tolerance والذي يعنـي الحاجـة إلـى زيـادة جرعة العقار ، ومقداره للحصول على التأثير المطلوب ، وتطـور ذلك عبر الزمن .ووجود الاعتمادية Dependency والتي تتمثـل فـي ظهور الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms بمجرد إنتهاء مفعـول جرعـة العقار، وبذلك تتأكد الاعتماديـة ، ويعتقد المدمن هنا أنه لا يستطيع الاستغناء عن العقار ، ويستطيع الاستغناء عن أي شيء آخر. وهذا ينقلنا إلى الاعراض الاخرى مثل الاستغراق ، والانغماس في التعامل مع العقار أكثر مما كـان ينوي الفرد منذ البداية ، وفشل محاولات التوقف مـراراً، وتقلـص الانشطة العامة للمدمن ، وملاحظة القصـور فـي العمـل ، ونقص الاهتمـام بالهوايات ، وانخفـاض معـدل العلاقـات الاجتماعيـة ، وزيادة الاستخدام القهري للعقار ، وتطـور فقدان القـدرة علـى السيطرة ، والضبط ، والتحكم Loss of Control.

(APA, DSM IV , 1994, P.181)

وما نود التركيز عليـه هنا فـي هذا المؤلـف هـو الإرتكـاس ،

والذي يهدد كيان المدمن ، ويرعبه بصفة دائمة ، فهو انذار الفشل لديه ، وعلامة العجز عنده ، ومؤشر اليأس له ، واحياناً يعني له الخوف من الغد .. فالغد عنده قد يتضمن الخوف من الإرتكاس ، والقلق المرتبط به ، وقد يعني له الإرتكاس في بعض الأحيان الموت Death وتدل دراسات عديدة لمتابعة ادمان الهيروين أن نسبة الوفاة تتراوح بين (٣-٥٪) سنوياً ، ولقد توصل عكاشة (١٩٨٩) في دراسة له لمتابعة مائة حالة مدمن هيروين إلى أن :

٣٤٪ من العينة قد توقفوا عن التعاطي بعد ستة شهور.

٣٣٪ من العينة توقفوا مع حدوث إرتكاسات عديدة .

٣٣٪ من العينة كان مآلهم أما السجن ، أو مستشفيات الأمراض العقلية ، أو الوفاة. (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢، ص ٥٠٤)

لذلك هدفت هذه الدارسة تناول موضوع الإرتكاس العقاقيري وتناول مؤشراته ، ومثيراته ، ومواقفه ، وعوامله وذلك لانارة الطريق أمام العاملين في مجالات الإدمان ، والإعتماد العقاقيري والكيمائي عن بعض جوانب ذلك العرض المهم من أعراض الإدمان حتى يمكن الوقاية من الإرتكاس على اسس علمية ، وبحثية .

آملين من المولى عز وجل وعلى أن نكون قد وفقنا في ذلك والله من وراء القصد وهو يهدي إلى سواء السبيل .

المؤلف

جدة - فبراير - ١٩٩٦م

الباب الأول

مقدمة نظرية

الفصل الأول

الإرتكاس

مفهومه - نظرياته - الاتجاهات نحوه - القلق المرتبط به

أولاً : مفهــوم الإرتكــاس

Relapse Concept

يخطئ من يظن أن الارتكاس هو مجرد الاستخدام مرة اخرى للعقار، بل أن الحقيقة يبدأ الارتكاس قبل استخدام العقار بوقت غير قصير (Washton ,A.M ,1988, PP. 34-38) ثم يعقبه استخدام للعقار لمدة طويلة، ومستمرة For All .(Marlatt, G.A. , 1985 , P. 41)

١ - الإرتكاس : Relapse

والإرتكاس عرض Symptome عام، وشامل من أعراض الادمان أوالاعتماد عموماً، والإدمان أوالإعتماد الكيميائي والعقاقيري خصوصاً، وهو عملية Process ديناميـة Dynamic، ومتطورة Progressive، ومؤثرة Effective وهو حدث Event مباشر أو غير مباشر، وهو قرار Decision بشكل أو بآخر ،وهو نتيجة Result لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة، وهو هدف Target يسعى المدمن المتوقف Aüstainer أو المعتدل مع معالجية للنيل منه، والوقاية منه وللإرتكاس نوبات دوربة Cyclical Relapse Episodes تهاجم المدمن المتوقف أو المعتدل بين حين وآخر، وقد تكون ذات علاقة شرطية ما بمناسبات معينة، أو أوقات معينة أعتاد المريض الارتكاس فيها. وعلى ذلك يمكن تعريف الارتكاس بأنه مجرد اخفاق في المحافظة على تغير السلوك، وليس فشل في تغيير السلوك. (Annis,H.M. &Davis,C.S.,1991, P.204)

وهو أيضاً اخفاق في المحافظة على تغير السلوك القديم عبر الوقت ، والزمن.

(Daley , D,C. & Marlatt , G. A., 1992, P. 533)

وهو انتهاك لقاعدة اومبدأ سامي مفروض ذاتياً ، أو مجموعة من القواعد التي تحكم معدل أو نمط سلوك هدف تم اختياره.

(Marlatt , G. A. & Barrett , K. , 1994, P. 287)

ومعنى ذلك ان الارتكاس لا يعني الفشل العام Full Failure، ومن الأفضل عدم إ ستخدام لفظة الفشل على الاطلاق ، لأن الفشل يجلب الاحساس باليأس ، وفقدان الأمل ، وأحياناًالشعور بالعار. (Landry,M.Y . , 1994 P. 184)

واصطلاح الارتكاس في الانجليزية Relapse مشتق من الاصل اللاتيني (Relabi) ويعني الانزلاق Slide أو السقوط للخلف، Fall Back. ويعني الارتكاس بصفة عامة اعادة ظهور أعراض مرض ما بعد فترة من التحسن ، وهذا هو التعريف الذي أورده قاموس وبستر (١٩٨٣) .. ولكنه بالأحرى يعد عملية تقليدية ، وسلسلة من الأحداث التي يعقبها أو لا يعقبها عودة الى المستويات الأولية للسلوك الهادف.

(Marlatt, G. A. ,1985,OP. Cit., PP.31-33)

٢- الهفوة : Lapse

وتعرف بأنها نوبة أولية لتعاطي العقار بعد فترة انقطاع ، وتشافي أو استخدام معتدل.

Lapse is a first initial episode of drug use following a period of recovery of controlled use.

(Daley, D.C.& Marlatt, G. A., 1992, op .cit, P.533)

وتكرار الهفوة يعني الإرتكاس ، وهي ايضاً مشتقة من الأصل اللاتيني (Labi) ويعني الكبوة أو الانزلاق . (Ibid) ، وهى أول تعاطي أو استخدام للعقار بعد فترة انقطاع.

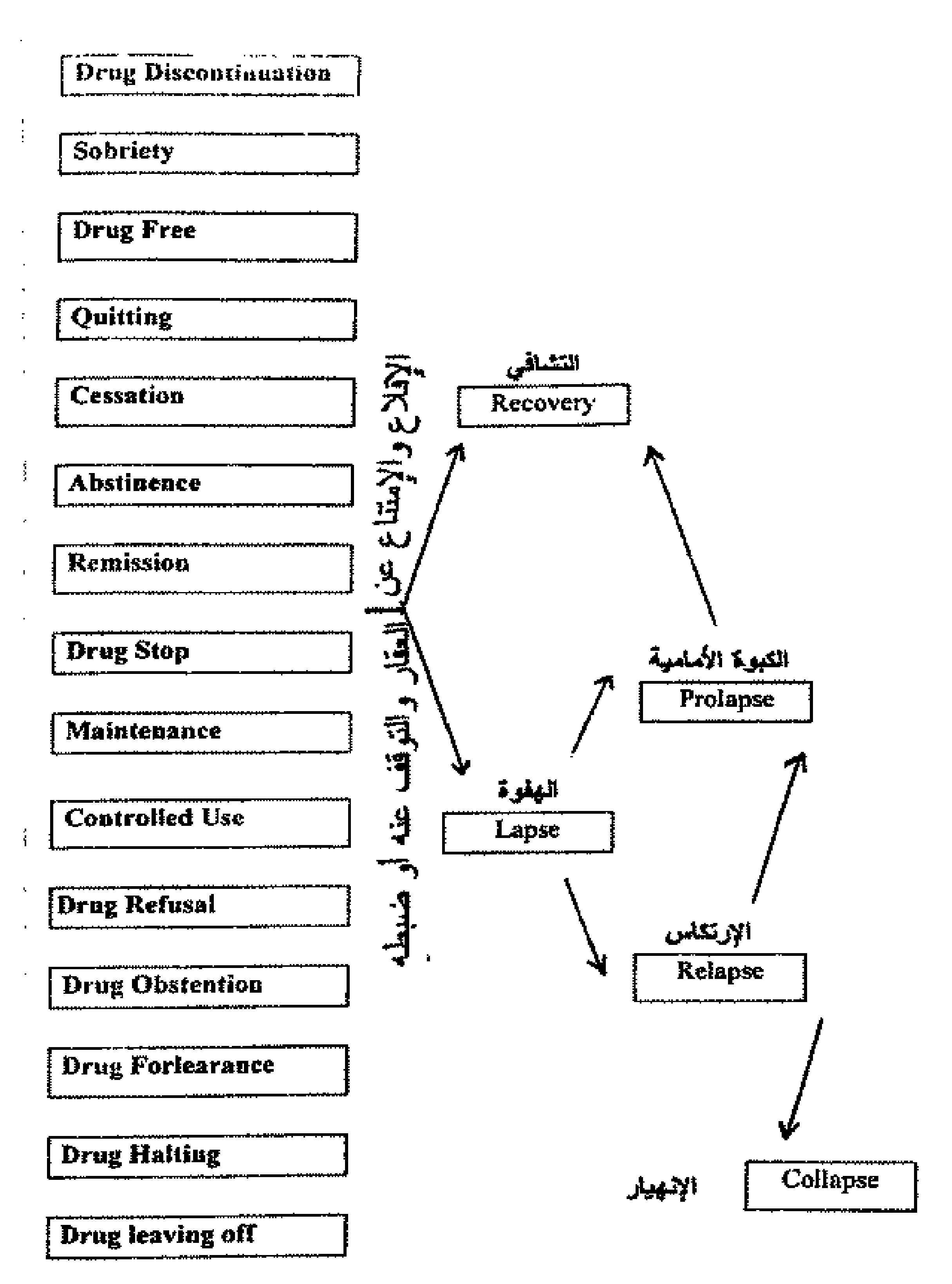
٣- الكبوة الأمامية : (Prolapse)

وتشتق من الأصل اللاتيني (Prolabi) والذي يعني الانزلاق للأمام Slide on fall forward .. وهي مرحلة تعقب مرحلة الهفوة وتتميز بانها مرحلة وسطى بين الإرتكاس، والتشافي (Ibid) ويمكن تجاوزها إلى مرحلة التشافي إذا استطاع الفرد استجماع قواه مرة ثانية .

٤- الأنهيار التام : Collapse

ومشتق من الأصل اللاتيني (Collabi) ويعني السقوط التام ، وهي مرحلة متأخرة من مراحل الأدمان تتميز بتكرار حدوث الإرتكاس ، وفقدان السيطرة ، وقد تحتوي على الاصابة بمرض خطير أو الموت. (Ibid).

ويوضح الشكل التالي تصوراً مقترحاً للعلاقة بين الإمتناع، والهفوة ، والكبوة ، والإرتكاس ، والإنهيار ، والتشافي.



شكل رقم (١) يوضح الإمتناع ، والهفوة والكبوة والإرتكاس ، والإنهيار ،
والتشافي والعلاقة بينهم (تصور مقترح)

٥- تصنيف الارتكاس : Relapse classification

للإرتكاس اصناف عديدة ، واشكال مختلفة ،وصور متباينة نسبياً باختلاف طبيعتها ، وباختلاف الشخص ، والموقف ، والظروف المحيطة ، وشدة الاعراض المصاحبة ، وتاريخ الادمان ، ونمط الإرتكاس ذاته ... الخ وفيما يلي بعض من هذه التصنيفات:

أ- التصنيف من حيث العائد

Outcome

ارتكاس مفيد صحي **Healthy Relapse**	**ارتكاس ضار غير صحي** **Unhealthy Relapse**
إن جاز التعبير يعد هذا النوع من الارتكاس مفيداً نسبياً حيث يمكن أن يعود بالنفع على المتوقف إذا كان في حاجة إلى تعلم شيئ جديد عن ذاته وإدمانه ، دون أحداث ضرر له ويكون الارتكاس هنا سبباً في تقوية التشافي . To strenghen Recovery (Landry,M.J.,1994,op.Cit. P.184)	وهو الارتكاس الاكثر شيوعاً ، والذي يعود بالضرر على صاحبه فيمكن أن يلقي حتفه أثر جرعة زائدة ، أو على الأقل يصاب بالأكتئاب ،وفقدان الأمل في الشفاء ، وفقدان الثقة بالذات، وانخفاض دافعية مواصلة العلاج ، والإستسلام للتعاطي من جديد كنوع من الانتحار البطئ. Slow Suicide

ب ـ التصنيف من حيث الشدة

Severity

إرتكاس يمكن تجنبه

Avoidable Relapse

وهو الارتكاس الاقل شدة ، والأقل كثافة ، والذي يمكن تحاشيه بشئ من مهارة التأقلم، والمواجهة ، والتكيف .

إرتكاس لا يمكن تجنبه

Unavoidable Relapse

وهو الإرتكاس المصحوب برغبة عارمة، ومواقف خطورة ، ومثيرات متعددة مع ضعف في الكفاءة الشخصية مع قصور في استخدام مهارات التأقلم ،والمواجهة ، والتكيف.

جـ - التصنيف من حيث الطبيعة

Nature

ارتكاس فعلي

Wet Relapse

وفيما يتعلق بالأدمان الكيمائي فإن هذا الارتكاس يعني العودة لاستخدام العقاقير فهو ارتكاس عقاقيري . Drug Relapse

ارتكاس جاف

Dry Relapse

وفيما يتعلق بالإدمان الكيمائي فإن هذا الارتكاس يعني العودة إلى السلوكيات الإدمانية السابقة دون استخدام عقاقير ويسمى أحياناً ارتكاس سلوكي .

Behavioral Relapse

د ـ التصنيف من التخطيط
Planning

إرتكاس مخطط مسبقاً Planned Relapse	إرتكاس غير مخطط Non planned Relapse
وفيه يقوم الفرد بعد فترة من التوقف أو الاستخدام المعتدل بالتخطيط للارتكاس من حيث الموعد ، والمكان ، واتخاذ التدابير اللازمة لذلك عن قصد وتعمد ، ورغبة .	وفيه لا يخطط الفرد مسبقاً للارتكاس، ولكن قد يكون الاشتياق فقط مرتفعاً ، وعند تعرض الفرد لضغوط مختلفة مع ضعف مقاومته مرة وأخرى فيحدث الارتكاس.

هـ ـ التصنيف من حيث التكرار
Frequency

ارتكاسات نادرة Rare Relapse	ارتكاسات متكررة Frequent Relapse
وذلك لدى الأفراد الذين يتعرضون لارتكاسات قليلة تتباعد الفترة الزمنية بين كل ارتكاس وآخر.	وذلك لدى الأفراد الذين يتعرضون لارتكاسات كثيرة ومتكررة ، وتقل الفترة الزمنية بين كل أرتكاس وآخر.

و ـ التصنيف من حيث التعد: Crossing

التعد يعني امكانية انتقال المدمن من عقار إلي عقـار آخـر من الفئة نفسها أو المجموعة نفسها ، وتوجـد علاقـة بيـن الأدمـان المتعد والارتكاس برغم أنها لم تتبلور جيداً بعد.

(Young ,E.P. 1990, PP. 249-258)

وعلى ذلك فالارتكاس من حيث التعد

Crossing

ارتكاس ثابت

Fixed Relapse

أي معـــاودة تعـــاطي العقـــار الأصلي المفضل لفترات طويلـة دون تغييره ، والثبات عليه.

ارتكاس متعدد

Cross Relapse

أي معـاودة التعـاطي باسـتخدام عقـار آخـر شـبيه للعقـار المعتـاد وينتمـي إلـــى المجموعـــة ، أو الفصيلة الفارماكولجية نفسها.

ز ـ التصنيف من حيث المضمون

Content

ارتكاس كلي

Full Blown Relapse

ويعنـى تنـاول المتوقـف العقـار لمدة طويلـة ، وبجرعـات مثـل المعتـــادة أو أكـــثر منهــــا ، والاستمرار في ذلك .

ارتكاس جزئي

Partial Relapse

ويعنـي تنـاول المتوقـف العقـار لمدة يوم أو يومين عدة مرات ثم التوقف لفترة طويلة مرة ثانية.

٦- بروفيل المرتكس: Relapser Profile

إن بروفيل الشخص الذي يتعرض للإرتكاس كثيراً يحتوى على عديد من سمات الشخصية التي يتميز بها عن غيره مثل :

١- اللامبالاة بالعواقب.

٢- الانانية المفرطة .

٣- الهروب التام من المسئولية.

٤- السلبية .

٥- التعامل مع الواقع، والحقيقة من خلال العقار.

٦- الإنهزامية .

٧- العدوانية (الداخلية ، والخارجية)

٨- العدائية (الداخلية ، والخارجية)

٩- ضعف الإرادة ، وضعف الأنا .....الخ.

ولقد أجريت دراسات عديدة منها ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ دراسة ميلر (١٩٩١) في هذا الصدد لكشف النقاب عن بروفيل سمات شخصية المرتكس بصفة عامة ، ولقد اسفرت النتائج عن تميز البروفيل بالآتي:

١- الاندفاعية Impulsivity

٢- الشخصية ضد الاجتماعية Antisocial Personality

٣- اضطرابات وجدانية Affective Disorders

٤- نقص التوجه نحو الهدف Lack of Goal Directed

(Miller , L., 1991 , pp. 277-291)

٧- زملة أعراض الإرتكاس : The Relapse Syndrome

Internal Dysfunction	**سوء الوظيفة الداخلية**
- Thought Impairment	- الضعف الفكري
- Emotional Impairment	- الضعف الإنفعالي
- Memory Problems	- مشكلات الذاكرة
- High Stress	- انعصاب مرتفع
- Sleep Problems	- مشكلات النوم
- Coordination Problems	- مشكلات التآزر
External Dysfunction	**سوء الوظيفة الخارجية**
- Denial Returns	- عودة الانكار
- Avoidance and Defensiveness	- التحاشي والدفاعية
- Crisis Building	- بناء أزمة
- Immobilization	- الجمود
Confusion and Overreaction	- التشوش ومبالغة الاستجابة
Loss of Control	**فقدان الضبط**
- Depression	- الاكتئاب
- Loss of Behavioral Control	- فقدان السيطرة على السلوك
- Recognition of Loss of Control	- ادراك فقدان الضبط
- Option Reduction	- قلة الاختيار
- Relapse Episode	- نوبة ارتكاس

شكل رقم (٢)

يوضح زملة أعراض الإرتكاس

(Gorski, T.T. & Miller ,M. ,1986, P. 156)

ثانياً: نظريات الإرتكاس

Relapse Theories

أسباب الارتكاس كثيرة ، ومتعددة، وتبدو أحياناً واضحة، وبرغم وضوحها الظاهري فإنها في الحقيقة متشابكة ، ومعقدة، ومركبة ، وغامضة في كثير من الأحيان ، واجتهاد العماء في هذا الصدد متباين ، وسوف نحاول القاء الضوء على بعض وجهات النظر التي طرحت حول هذا الأمر.

١- نظرية فيزتنجر : Festenger

اقترح فيزتنجر (١٩٦٤) أن الارتكاس يحدث نتيجة التعزيز السلبي Negative Reinforcement الذي يحدث للمتوقف الذي اعتاد أن يتغلب على صراعاته ، وشعوره بالذنب بالتعاطي في الماضي ، فاذا خبُر موقفاً يحتوي على صراعات جديدة ، وشعوراً بالذنب مرة ثانية ، فإنه سوف يرتكس على الفور لأن لديه تعزيزاً سلبياً سابقاً في التخلص من الصراعات والذنب بأن يتعاطى العقار من جديد.

(Marlatt , G. A. , 1985 , OP. Cit , PP. 41-42)

٢- نظرية ويكلر : . Wikler, A

لاحظ ويكلر (١٩٦٥) أن الاعراض الانسحابية تظهر لدى مدمني الهيروين من جديد بعد مرور شهور عدة من زوال الاعراض الفيزيولوجية الانسحابية .. هذه الاعراض تشجع المدمن ، وتدفعه للتعاطي من جديد تخفيفاً لآلآم هذه الاعراض.

ويقترح ويكلر نظريته ذات العاملين Two Factors Theory

لتفسير الإرتكاس في ضوء أن تكرار التعرض لمثير بيئي يمكن أن يصبح مثير شرطي يتسبب في ظهور الأعراض الانسحابية التي تؤدي نشاطاً إجرائياً لتعاطي العقار الذي سيخفف من آلام الأعراض ، وبذلك تزداد إحتمالية سلوك التعاطي ، واستمراره في المستقبل من جديد.

(Corty , E. W. & Coon , B., 1995, PP. 605-618)

٣- نظرية الاستجابات الشرطية :

إن الاستجابات الشرطية Conditioned Responses للمثيرات العقاقيرية Drug Related Cues توجد لدى الانسان والحيوان على حد سواء ، وهذا ما أثبتته عديد من الدراسات بالنسبة لعقاقير شتى مثل :

الأفيونات

Opiates

لدى الحيوان	لدى الإنسان
- دراسة دافيذ ، وسميث (١٩٧٦)	- دراسة أوبرين (١٩٧٦)
- دراسة أكيلبوم ، وستيوارت (١٩٧٩)	- دراسة تيرنس مع آخرين (١٩٨٢)
- دراسة تومبسون واوستلوند (١٩٦٥)	

الكحوليات Alcohol

لدى الحيوان	لدى الإنسان
- دراسة كرويل مع آخرين (١٩٨١)	- دراسة دافترز ، واندرسون (١٩٨٢)
- دراسة لي مع آخرين (١٩٨٠)	- دراسة ليوادن (١٩٨٤)
	- دراسة باين مع آخرين (١٩٩٢)

- دراسة بومر لو مع آخرين (١٩٨٣)
- دراسة روسنو مع آخرين (١٩٩٤)
- دراسة سيتجر، ورايت (١٩٩١)

أما بالنسبة للنيكوتين والكوكايين لدى الإنسان

النيكوتين Nicotine	الكوكايين Cocaine
- دراسة ابرامز مع آخرين (١٩٨٨)	- دراسة أوبرين مع آخرين (١٩٩٠)
- دراسة رتشارد ، وزخنر(١٩٨٥)	
- دراسة تافني ، هاكنورث (١٩٩١)	

(Ibid , P. 6)

ويقرر أرباب هذه النظرية ، ومن بينهم أوبرين O'Brien,C.P. (١٩٩٠) إن الإستجابات الخاصة بالمدمنين في الإنسان، والحيوان تتميز بكونها تلقائية Autonomic ، وذاتية Subjective وذلك عند التعرض لمثير يرتبط بالعقار الإدماني. وتعد هذه الإستجابات مشروطة لدى المدمن أثناء فترة استخدامه ، وتعاطيه Period of Active Drug use ،وعند صدورها يحدث الارتكاس.(O'Brien , C.P.et .al . , 1990, PP. 355-365)

وأيد كارمودي.Carmody, T.P أيضاً هذا التفسير حين توصل في دراسته التي اجراها في سان فرانسيسكو إلى أن أسباب الإرتكاس تعود إلى حد بعيد إلى عوامل شرطية Conditioned .Factors (Carmody , T.P., 1992, PP.131-158)

ويذهب أصحاب هذه النظرية إلى امكان شعور المدمن المتوقف بحالة الخمار، أو الخدر البيئي Environmental Hangover خاصة لدى مدمن ،الكحول في مرحلة التشافي المبكر عند رؤيته لمثير ما،وذلك لأنه نظرياً فإن المخ وحده يمكنه أن يتعاطى

العقاقير Brain alone may use drugs دون أن يتعاطاها جسم المدمن ،والسبب في ذلك وجود تشريطات معقدة Complicated Conditioning Process والتي تشمل : مثيرات بيئية معينة، وتغيرات كيمائية في المخ ، والشخص نفسه.

ولقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المثيرات الشرطية يمكنها أن تزيد من أفراز الدوبامين Dopamine في بعض المواضع الخاصة في المخ دون عقاقير متعاطاه ، وهذه العلاقة الإشتراطية القوية يمكن أن تفسر لنا كيف أن مدمن الهيروين يمكن أن يحقن نفسه بالماء حين لا يجد الهيروين لأنه تعلم مسبقاً أنه يستطيع الحصول على لذة ومتعة جزئية من ذلك بسبب التشريط السابق الذي حدث له . (Rosecrans, J. , 1993 , P. 15-37)

٤- نظرية العطب العصبي: Neurological Impairment

يقترح كل من جورزكي Gorski,T.T. وميلر، Miller, M. تفسير الإرتكاس من خلال نظرية العطب العصبي. و يعرفا الإرتكاس بانه : عملية Process تحدث داخل المريض المدمن ، والتي تظهر نفسها من خلال نمط تطوري للسلوك الذي يسمح لأعراض المرض بالظهور والنشاط من جديد لدى شخص استطاع في السابق أن يتحكم في التخلص من تلك الاعراض.والنتيجة العصبية للتعاطي ، خاصة في الكحوليات

والتي تدفع الشخص للارتكاس هي زملة ما بعد الانسحاب الحاد.
(PAW) (Post Acute withdrawal syndrome)
وقد تستمر لمدة ثلاثة شهور ، وتؤثر على العمليات المعرفية Cognitive processes ،وتحدث تلفاً في التفكير التجريدي Abstract Thinking ، والتركيز Concentration ، وتكوين المفاهيم Conceptualization ، والذاكرة Memory ، وتزيد من الانفعالية Emotionality ، أو ردود الافعال المبالغ فيها للانعصاب Overeaction to stress . ويقترح جورزكي ، وميلر أن للإرتكاس نمط زي Uniform Pattern معروف ، وشائع يتكون من خوف داخلي ، وشعور بعدم الثقة ، وشعور بعدم التأكد من المواصلة لطريق الاقلاع ، مع وجود انكار ، واحباط ، وعزلة ، ووحدة ، وضغوط ، ومشكلات من كل جانب، وإكتئاب، وحيرة ، وتصدع ، وأرق ، وتوتر ، وغضب ، إضافة إلى زملة ما بعد الانسحاب الحاد ، ثم في النهاية الاعتقاد بأنه لا مفر من أحد ثلاثة هي : التعاطي ،أو الانتحار ،أو الجنون ،ثم يختار الفرد أول الحلول تجنباً للإنتحار أو الجنون ، ولأنه اعتاد على هذ الحل في السابق، وآلفه من قبل.

والسبب الفيزيولوجي في ذلك قد يرجع إلى حدوث تلف في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous system ، فضلاً على الضغوط النفسية ، والتوتر العصبي الشديد الذي يدفع بالمتوقف، أو المعتدل إلى الارتكاس.

(Donovan ,D.M& Chaney ,E. , 1985, P.P. 356-357)

٥-النظرية الكيمائية العصبية: **Neurochemical Theory**

ورغم صعوبة تفسير الارتكاس في ضوء التصور الكيمائي العصبي ، وبرغم أن هذا التصور لا يشرح الارتكاس شرحاً وافياً، ولا يعلل لماذا يتعرض المدمنون إلى الارتكاس ، وما سبب الفروق الفردية بينهم في الاقلاع عن العقار لمدة قد تطول أو تقصر ؟ وبرغم وجود عديد من التساؤلات لا اجابة واضحة لها ، فإنه يمكن تفسير الارتكاس – بشكل جزئي – في ضوء التغيرات ، والتبدلات الفيزيقية في مقاومة الأغشية العصبية في المخ. فضلاً عن التأثير الاكلينيكي لنقص الدوبامين Dopamine والذي يمكن أن يظهر في صورة سيكولوجية مثل الاشتياق Craving ،والذي يؤدي إلى الإرتكاس، ونقص الدوبامين في الخلايا العصبية في منطقة قرين آمون في الدماغ Hippocampus يمكن أن ينتج عنه زيادة الحساسية، وشدتها تلقائياً عند أدنى مستوى من مستويات الاثارة. ومنطقة قرين أمون في الدماغ الخاصة بالجهاز العصبي الطرفي Limbic system تحتوي على وظيفة الذاكرة في عمليات الاسترجاع Recall .

وحالات الدافعية الموجودة في الجهاز الطرفي متعددة مثل: ميكانيزمات الجنس ، والجوع ، أو المزاج، والذي يمكن ان يكون مرتبطاً مباشرة بميكانيزمات الاسترجاع ، لذلك فالاسترجاع مرتبط بالدوافع ، وتأثير العقاقير على الدوافع يصبح عبارة عن ذاكرة مختزنة Stored Memory ، والتي يمكن استرجاعها بسهولة نظراً لارتباطها الشديد بالعقاقير ، ويمكن ان تكون

التغيرات الحادثة في الموصلات العصبية قبل (زيادة الحساسية) هي السبب خلف كل هذه التبدلات الوظيفية في حالات الدافعية، والحفز .ويمكن أن ترتبط مراكز الاثابة Reward ، والذاكرة في الجهاز الطرفي مع حالات الدافعية والحفز التي أثيرت بالعقار مع تبدل وظيفة الدوبامين . ويمكن للارتكاس أن تكون له صلة ما بالإثارة التلقائية للخلايا العصبية الخاصة بالدوبامين والتي ينتج عنها استدعاء حالات الحفز Drive States ،والتي تغدو مرتبطة بالعقاقير . ويصبح تعاطي العقاقير متأثراً ،ومرتبطاً بالدوافع الاساسية مثل البقاء ،والجنس ، والطعام ،والمزاج Mood .

وللعقاقير تأثيرات على المخ للتوصل إلى التعبير غير المكف للدوافع ،والحوافز ، وخاصة الفص الجبهي frontal Lobe في الجهاز الطرفي الذي يتعلق بوظائف نفسية وسلوكية عديدة مثل:اصدار الاحكام Judgment ، والدافعية Motivation، والاحكام الخلقية، Ethical Conduct،والتخطيط Planning وغير ذلك من الوظائف التي تتأثر بتعاطي العقاقير ومن المنظور النفسي ، والمنظور الفيزيولوجي العصبي ،فإن ثمة قمعاً ،أو أبطاءاً يحدث في تلك الوظائف المهمة .. وبالتالي يحدث نوعاً من عدم الكف والتحرر الكامل في التعبير عن الدوافع، والمحفزات.

والأفراد الذين يعانون اضطراباً في الفص الجبهي يظهرون غالباً سلوكاً مشابهاً لسلوك الأدمان ، والدافعية القوية لتعاطي العقاقير المرتبطة بحالات الحفز ، والمدعومة في مركز

الاثابة تكون غير مكفة بوساطة المراكز القشرية العليا مثل الفص الجبهي.(Miller ,N.S.&Gold ,M.S.,1991, PP.738-740)

٦- نظرية العوامل النفسحيوية:

Psychobiological Factors

حيث يقترح لودونج .Ludwing, A. M ومساعدوه (١٩٧٤) أن حجر الزاوية في تفسير الارتكاس هو الاشتياق أو الاشتهاء Craving بماله من طبيعة نفسية ، ومعرفية ، وفيزيولوجية ، وسلوكية ، وعصبية فهو متعدد الابعاد Multidimensional فضلاً عن تدخل عوامل اخرى مثل الاعتمادية Dependency، والتي تعد المكون البارز للارتكاس. وكلما زادت شدة الاعتمادية ، وزادت اللهفة أوالاشتياق ، زاد على الفور احتمال الإرتكاس . (Ibid, PP.360-364)

٧- نظرية عملية المقاومة والدافعية المكتسبة :

Opponent Process & Acquired Motivation

ويقترحها سولومون .Solomon,R.L(١٩٨٠) وهي تعبر عن العمليات التلقائية الآلية Automatic Processes ، والإثارة المرتبطة Linking Stimulation ، والسلوك Behavior والوجدان Affection وتحتوي فكرة النظرية على عمليتين أهما:

عملية (أ) ← → عملية (ب)

عندما يتعاطى المدمن العقار تحدث عملية نشوة ، واسترخاء ، وراحة في الجهاز العصبي . عندما يبدأ العقار في التناقص من الدم ، والجسم بعد فترة من الوقت.. يبدأ الجسم في المعاناة،

وتسهيل اجتماعي، ومتعة. وتسمى هذه بعملية (أ)، وهي عملية حسية انفعالية.

وهنا تحدث عملية (ب) ،والتي تكون أقوى من عملية (أ)، وتحاول أن تضغط على الفرد للقيام بعملية (أ) ،وهي عملية حسية انفعالية أيضاً تكتسب صفة الشرطية بعد ذلك ،وتهيئ الفرد للارتكاس مع وجود الضغوط الاجتماعية.

وعملية (أ) تحتوي على مشاعر ايجابية ، وعملية (ب) تحتوي على مشاعر سلبية ، ويحدث بينهما مقاومة ، وشدة ، وجذب ، وتكون الغلبة في كثير من الاحيان لعملية (ب) لانها تصبح اقوى.. فتحرك هي عملية (أ) فيحث الارتكاس فضلاً عن تأثيرات الظروف المحيطة ، والمثيرات الموجودة ، والاشتراطية المرتبطة. (Ibid, PP. 64-68)

٨- نظرية تفاعل الشخص / الموقف:

Person /Situation Interaction Theory

واقترحها ليتمان .Litman,G.K مع مساعديه (١٩٧٩،١٩٧٧) ، وفحواها يدور حول أن الارتكاس يكون نتيجة تفاعل عوامل عدة منها : الموقف ، ومدى خطورته ، ومدى ادراك الفرد له ، ومدى ما يحمله من مثيرات ، ومستوى تفاعل الفرد مع الموقف ، ومدى استطاعته أن يواجه الموقف بمهارات التأقلم واستراتيجياته، ومستوى العجز المتعلم الذي شعر به Learned Helplessness ومدى قدرته على التصرف في

الموقف.. وهكذا. (Ibid, PP. 372-373)

٩- نظرية الكفاءة الذاتية: Self - Efficacy Theory

ويرجع اصلها إلى البرت باندورا .Bandura,A (١٩٧٧-١٩٧٨-١٩٨٦) والتي اشتقت اساساً من منحى التعلم الاجتماعي المعرفي Cognitive Social Learning Prespective وتدور فحواها حول انه في الموقف ذي الخطورة العالية للارتكاس يتم حدوث عملية معرفية خاصة بالخبرات السابقة والماضية والتي تتحول إلى حكم ، أو توقع خاص بكفاءة المدمن المتوقف أو المعتدل، ومدى قدرته على مواجهة الموقف، والتأقلم معه. وهذا الحكم الذاتي الشخصي هو الذي يحدد تناول العقار من جديد أي (الارتكاس) أم لا.

(Annis,H.M.,1990,PP.117-124)

(Annis,H.A& Davis ,C.S.,1991,P.204)

١٠- نظرية التقويمات المعرفية :

Cognitive Appraisals Theroy

ويقترحها كراج.Craig ,S مع مساعديه (١٩٧٤-١٩٧٩) لتفسير الارتكاس في ضوئها. ومحتوى النظرية يدور اساساً حول أن الارتكاس يحدث نتيجة التقييم أو التثمين المعرفي الخاطئ للموقف الذي يمر به المتوقف او المعتدل .. فهو يقيم الموقف، ويثمنه بشكل مبالغ فيه ، وفي الوقت نفسه يحط من قدر ذاته تجاه هذا الموقف ، والنتيجة تكون الارتكاس.

(Donovan,D.M &Chaney,E.1985,OP.Cit , PP.368-369)

١١- نظرية العوامل المعرفية السلوكية:

Cognitive -Behaviorai Factors Theory

ويقترحها مارلات Marlatt,G.A. مع مساعديه (١٩٧٥-١٩٨٠) ويفسر الارتكاس في ضوئها ، ومحتوى النظرية أن ثمة تفاعل ما يحدث بين عديد من العوامل المعرفية السلوكية مثل:

١- القلق الاجتماعي	Social Anxiety
٢- الغضب غير المتوقع	Unexpected Anger
٣- حالات المزاج السلبي	Negative Mood States
٤- ضغط الرفاق	Peer Pressure
٥- النموذج السيئ	Bad Modeling
٦- مستوى الانعصاب	Level of Stress
٧- مستوى الاحساس بالضبط	Sense of Control
٨- مستوى مهارات التأقلم	Level of Coping Skills
٩- التشوهات المعرفية	Cognitive Distortions
١٠- انخفاض الكفاءة الذاتية	Low self - Efficacy
١١- العجز المتعلم	Learned Helplessness
١٢- الهروب أو تجنب المشاعر غير السارة	Escape or avoidance of unpleasant feelings
١٣- تسهيلات الموقف الاجتماعي	Faciliation of social context
١٤- تأثير انتهاك قدسية الاقلاع عن العقار	Abstinence Violation Effect

وهذا العامل الأخير يحتوي على صورة الذات Self-image ، وتأثير التنافر المعرفي Cognitive Dissonance Effect ، وتأثير الانتساب الشخصي Personal Attribution Effect ، وأن

الارتكاس يحدث في ضوء تفاعل هذه العوامل بعضها مع بعضها الآخر. (Ibid,P.375-378)

تعليق:

ويتضح لنا من العرض السابق أن ظاهرة الارتكاس ظاهرة صعبة ، ومعقدة ، ومركبة، ومتشابكة ، وغامضة أحياناً ، وهي ليست بالهين اليسير لكي نفسرها في ضوء عامل ، أو بعد ، أو حتى في ضوء مدرسة واحدة أو نظرية واحدة ، أو منظور واحد. فالظاهرة متعددة الابعاد ، ومتعددة الأُطر ، ومتعددة الزوايا. لذلك وجب النظر إليها وتفسيرها ، ومحاولة سبر غورها من خلال المنظور المتكامل Integrative Prespective والذي يجمع كل العوامل السابقة نفسية ، أو سلوكية ، أو معرفية ، أو بيولوجية ، أو عصبية أو بيئية كانت ، ومحاولة الربط بينها .

فليست هناك نظرية صحيحة ، واخرى خاطئة بل أن كل نظرية بمفردها تعد قاصرة ، ولكنها في جملتها متكاملة فقط حتى يمكن أن تكون مفسرة للارتكاس تفسيراً شاملاً ومتكاملاً لايدع مجالاً للشك ، أو النقد.

ثالثاً: الاتجاهات نحو الارتكاس
Attitudes Toward Relapse

يخطئ من يظن أن للإتجاهات تأثير هامشي ، أو سطحي، أو غير ملموس ، على سلوكيات المدمن ، او المتوقف او حتى الفرد العادي .حيث أصبح من الثابت انها ذات تأثير حثيث ، وانها من الامور المهمة ، والعوامل المؤثرة بشكل جدي ، وبالغ في قضيتنا الراهنة (وهي الارتكاس). والدلائل على ذلك كثيرة، ومتعددة نذكر منها على سبيل المثال ما توصل إليه كل من لانج، Lange , W.R. وماكيون McCune, B.A. في بالتيمور (١٩٨٩) من حيث أن للاتجاهات دور رئيسي في أحداث الارتكاس أو منعه.

(Lange, W.R.& McCune , B.A, 1989 ,PP.37-51)

والاتجاهات في مجال الادمان ثرية ، وكثيرة ، ومتعددة حيث تشمل الاتجاهات نحو الادمان ، والمدمن ذاته ، والعقاقير ، والعقاقير البديلة ،والارتكاس ، والعلاج ، والاتجاهات الاسرية...الخ وسوف يقتصر حديثنا الموجز هنا على الاتجاهات المتعلقة بالارتكاس . ويقرر واشطن .Washton, A. M (١٩٨٨) في دراسته التي اجراها في نيويورك ، انه لا يمكن الشفاء من الأدمان ، وتجنب الارتكاس دون تغيير الاتجاهات نحو العقاقير ، وتغيير الاتجاهات نحو السلوكيات المرتبطة بالإدمان.

(Washton , A. M, 1988, PP. 34-38)

ويؤكد كل من فرانك Frank.S.H ، وتجين Jaen,C.R في

دراستيهما التي اجريت في ولاية اوهايو عام (١٩٩٣) على تأثير دور الاتجاهات في قضية الارتكاس ، حيث أنه لا يمكن تجنب الارتكاس دون دراسة اتجاه المدمن نحو العقار ، وماذا يعني له؟، وما هي القيمة التي يمثلها له في حياته ؟ ، وما هو موقفه الواقعي من الاقلاع ، أو الاعتدال ، أو الاستمرار ، أو الارتكاس؟

(Frank , S. H . & Jaen , C.R. , 1993, PP. 251-268)

وليس بعيداً عن ذلك ما يقرره روبرتسون Robertson, j.R في دراسته مع آخرين عام(١٩٨٩) من أن الارتكاس يتأثر بالاتجاهات، و المعتقدات الثابتة الخاطئة False Permanent Attitudes &Believes والتي تشيع لدى العامة من الناس Public People وحتى لدى المتخصصين Professionals،ومنها على سبيل المثال: الإعتقاد بان تعاطي عقار الهيروين Heroin لدى المدمن سوف يستمر إلى ما لانهاية ، ودون توقف ، وحتى أن توقف فالارتكاس حتمي ، وانه غير قابل للشفاء Incurable وقد تكون هذه الاتجاهات لدى المدمن ذاته ، أو لدى اسرته ، او لدى المجتمع ، واحياناً تكون ايضاً لدى معالجيه انفسهم.

(Robertson, J,R.et. al. , 1989 , PP. 229-246)

وفي كندا ، توصل أيش Aish, A. مع آخرين عام (١٩٩١) إلى أنه حتى في مرضى القلب المدخنين Cardiac Smokers اذا كانت لديهم اتجاهات مؤيدة نحو التدخين فإن الارتكاس يكون متوقعاً ، خاصة اذا اقترن بضغوط اجتماعية .

(Aish , A. et . al., 1991 PP. 9-15)

وفي انجلترا توصل كل من لونج Long, C.G. ، وكوهين Cohen, E.M. (١٩٨٩) إلى ان الاتجاهات المؤيدة للتوقف عن الكحوليات تقلل من حدوث الارتكاس ، والعكس صحيح.

(Long, C.G. & Cohen , E.M., 1989, PP.777-783)

وفي كليفورنيا توصل زوبين Zwben , J.E. بالاشتراك مع سميث Smith, D. E. في دراستيهما عام (١٩٨٩) إلى أن المدمنين المتعافين والمتوقفين عن صدق Valid Recovering Patients تكون لديهم إتجاهات تشددية Hard ، ومركبة Complex نحو أيه عقاقير طبية Medications تخوفاً من حدوث الإرتكاس ، وأيضاً فإن العكس صحيح.

(Zwben , J. F.& Smith , D. E. , 1989 , PP. 221-228)

وفي نيويورك توصل رويس Royce, J. M. مع آخرين عام (١٩٩٣) إلى أن من لديهم اتجاهات غير مؤيدة للاعتماد على النيكوتين Nicotine يمكنهم التوقف عن التدخين بصورة أسرع ، وأفضل ، وأطول من أصحاب الإتجاهات المؤيدة للإعتماد عليه، الذين سرعان ما يتعرضون للارتكاس .

(Royce, J.M. et .al . , 1993, PP. 220-226)

وينسحب كل ذلك التأييد ، والتركيز أيضاً على دور الاتجاهات الوالدية ، والأسرية Parental &Family Attitudes في التأثير على الارتكاس . ففي ولاية بيرلينجتون ، توصل باتنو , Patno K.M. مع آخرين عام (١٩٨٨) إلى أن الاتجاهات الوالدية السالبة تؤدي إلى حدوث الارتكاس للأبناء المتعاطين.

(Patno, K. M. , et. al, 1988, PP. 296-300)

ويتشابه ذلك مع ما توصل إليه مالت .Malt, U. F مع آخرين عام (١٩٩٠) من حيث أن الاتجاهات الاسرية المتشددة تؤثر في ارتكاس الابناء .

(Malt, U. F. et. al, 1990, PP. 3720-3724)

وفي برلين توصل كل من فيختر. Fichter,M.M ، وفريخ. .Frick, U عام (١٩٩٢) إلى أنه يجب تعديل الاتجاهات المتعلقة بالمدمن ، والاتجاهات الاسرية ، وتحسين تلك العلاقات حتى يمكن تجنب الارتكاس .

(Fichter, M.M & Frich, U. 1992, PP. 1-270)

كذلك حال ما توصل إليه كل من جفرورر .Gfroerer, J، ودي لاروزا .DeLa Rosa, M عام (١٩٩٣) من حيث أن الاتجاهات الوالديه تلعب دوراً مهماً في حماية أو استهداف الابناء للاعتماد العقاقيري أو الارتكاس على حد سواء.

(Gfroerer J. & De la Rosa , M. , 1993, PP. 87-107)

رابعاً: الاتجاهات نحو العقار البديل

Attitudes Toward Substitutional Drug

ويمكن النظر إليها في ضوء أنها تعبر أيضاً عن الاتجاهات نحو الارتكاس المتعدد Cross Relapse ، الذي يعني الرغبة في تناول عقار آخر بديل ينتمي إلى المجموعة العقاقيرية نفسها التي ينتمي إليها العقار الاصلي المعتاد.

وبرغم ندرة الدراسات في هذه الجزئية فإنه من الملاحظ من خلال التجربة العملية - أن تناول العقار البديل ظاهرة شائعة لدى الكثير من المدمنين ، والسبب في ذلك:

١- المعاناة كثيراً من اضرار العقار الاصلي .

٢- الرغبة في التغيير.

٣- التوفير الاقتصادي بالبحث عن عقار أقل تكلفة .

٤- الحصول على مزايا اخرى.

٥- سهولة الحصول على العقار البديل، وتوفره.

٦- حالة مرضية طارئة أقتضيت التحول إلى عقار بديل.

٧- اختفاء العقار الاصلي تماماً.

٨- الرغبة في الظهور بمظهر حسن أمام الآخرين بالتوقف عن العقار الأصلي.

٩- أخذ فترة راحة ، ونقاهة من العقار الاصلي .

١٠- محاولة أثبات التشافي امام الذات بالاقلاع عن العقار الاصلي.

١١- الحصول على عقار بديل لا يسبب الافتضاح الشخصي.

وقد تتجلى هذه الاسباب في صـورة معتقدات ، واتجاهات مؤيدة لاستخدام العقار البديل .. وهنا تكمن الخطورة فهذه الاتجاهات المؤيدة تجعل الأمر مألوفاً ، وعادياً ، ومستساغاً ، ومقبولاً.والاكثر مرارة هو اقتناع بعض الدوائر العلاجية في أوروبا ، وأمريكا بأن التحول من العقار الاصلي إلى عقار بديل.. يعد بداية طبية للشفاء ، وبادرة مبشرة بالتشافي لأن المدمن هنا استطاع ان يحطم العلاقة الاشتراطية بينه ، وبين العقار المعتاد.

وهذا في الغالب.. أمر غير مقبول ، وغير علمي ، لان التجربة العملية، والمشاهدات اليومية الاكلينيكية أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك أن تناول عقار بديل حتى ولو لفترة طويلة من الانقطاع عن العقار المعتاد يؤدي في النهاية إلى تناول العقار الاصلي .. لأن الخبرة الادمانية مازالت موجودة ، والعقار البديل يفتح شهية المدمن للعقار الاصلي ، ولان الاضطراب الادماني مازال موجوداً لم يعالج بعد ، والحاجة إلى النشوة العقاقيرية ما زالت موجودة ، وقد يزداد الأمر سوءاً عندما يجمع المدمن بين العقارين معاً ، وقد ينتج عن ذلك حدوث كارثة أو موت مثلما يحدث عندما يتناول المدمن عدة جرامات من الهيروين ، مع بعض الحبوب من الباربيتيورات ثم يعقبهما بالكحول . فيحدث على الفور شلل في مركز التنفس في المخ فتحدث الوفاة لأن كل هذه العقاقير الثلاثة من فئة المهبطات.

قلق الارتكـــاس
Relapse Anxiety

١- مقدمة :

لاغرو من القول أن القلق رفيق الانسان في كثير من محطات رحلته الحياتية ، ولا تثريب من القول بأن بعض الفئات معرضة للقلق أكثر من غيرها ، ويعد القلق بصورة عامة رفيقاً للمدمن حتى قبل أن يبدأ رحلته الادمانية نسبياً مع اعتبار الفروق الفردية الخاصة بالشخصية ، وفضلاً عن بنية الذات ، وقوة الانا.. الخ.

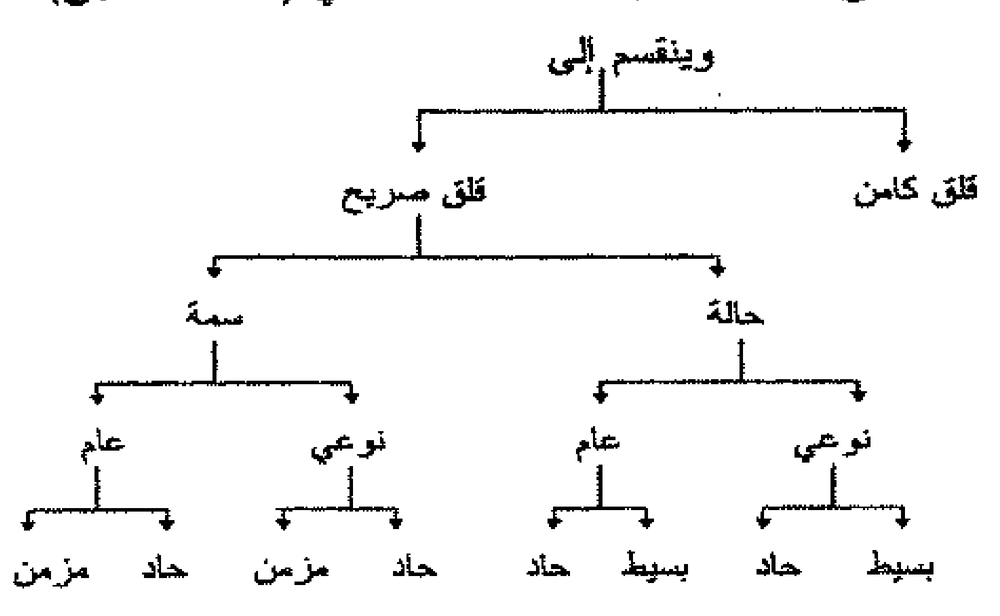
٢- تصنيفات القلق:

يصنف القلق من منظور الادمان وفقاً لمراحله ، فكل مرحلة لها ما يميزها من القلق الخاص بها ، والمتعلق بها ، والمرتبط بها ، والذي تدور فحواه حول بورتها.

يصنف القلق من خلال منظور الأدمان إلى

مرحلة ما قبل التعاطي	مرحلة التعاطي	مرحلة التوقف عن التعاطي
Pre-Drug use Stage	Drug Use Stage	Abstinence Stage

أ- القلق الخاص بمرحلة ما قبل التعاطي:(تصور مقترح)



ويعني ذلك أن الفرد قبل ان يدخل في مرحلة التعاطي (أياً كان نوعه سواء تعاطي أستكشافي ، أو تجريبي ،أو مؤقت..الخ) فيمكن أن يكون لديه نوع من القلق ولكن بصورة كامنة Latent، فالأعراض ليست سافرة ، أو واضحة ، بل كامنة ، مستترة ، ولكنها موجودة ، وأن ظهرت يمكن أن تظهر بصورة مقنعة ، لا يلتقطها إلا معالج خبير .. و يمكن أن تظل الاعراض كامنة لفترة طويلة أذا لم يواجه الفرد ضغوطاً ، أو أزمات تفجر هذه الاعراض الكامنة .. وقد تدفع هذه الاعراض الكامنة الفرد في الخفاء إلى محاولة التجربة .. والاستكشاف للعقاقير المبدلة للمزاج، والمريحة من القلق ، والتوتر النسبي ، وقد لا تدفعه دفعاً مباشراً ، وقد لا تدفعه على الاطلاق إلا في حالة الازمات الشديدة ، والتي تتحول فيها الاعراض الكامنة إلى اعراض

صريحة. وفي أغلب الاحيان يكون القلق الكامن غير محدد ، وغير واضح المعالم ، ولم يتخذ وجهته بعد ، انه كالجنين الذي لم يحن بعد موعد ولادته ، وقد لا يولد ، وقد يجهض بقدرة الفرد على المواجهة ، والمقاومة ورفض الدخول في دائرة الإدمان ، أو أن يكون لدى الفرد أعراض قلق صريح Manifest Anxiety، وقد يكون القلق حالة State ، أو سمة Trait ، وقد يكون عاماً General Anxiety وقد يكون نوعياً Specific Anxiety ، وقد يكون حاداً Acute ، أو مزمناً Chronic .

وحالة القلق مؤقتة نسبياً ، أما سمته فهي ثابته نسبياً إلى أن تعالج، والقلق العام هو مجموعة الأعراض الشائعة للقلق حول معنى عام ، أو مفهوم عام ، أما القلق النوعي فهو مجموعة أعراض القلق الشائعة حول شئ محدد مثل حادثة معينة، أو موقف معين، أو أمر معين ، أو مثير معين ، أو تهديد معين ، أو خطر معين ومحدد مثل قلق الاختبار Test Anxiety ، وقلق التحصيل أو الانجاز Achievement Anxiety ، ... الخ.

والفرد الذي يعاني من القلق الصريح .. اذا تفاقمت لديه أعراضه ، وأصبحت سافرة ، وغدت باثولوجية قد يكون أمامه أحد الطرق الآتية:

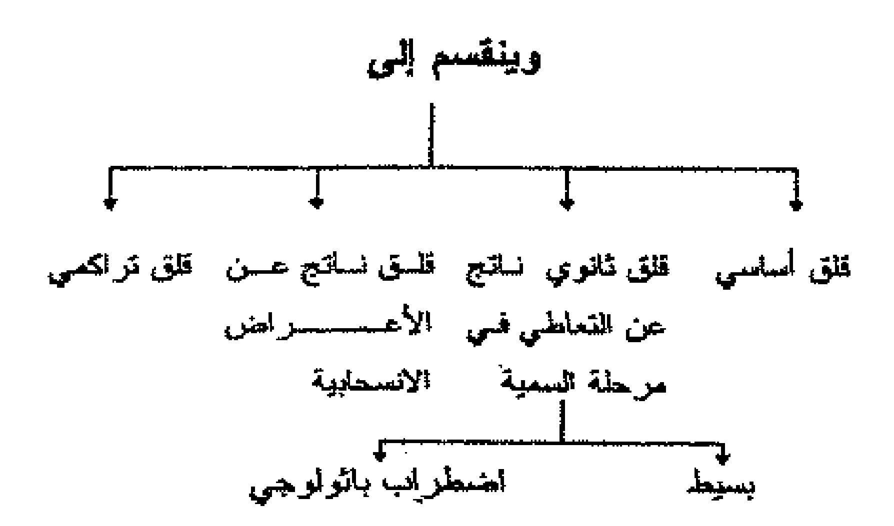
١- تناول العلاج المناسب والامتثال للشفاء.

٢- تناول مضادات القلق والاعتماد عليها وإدمانها.

٣- الدخول في دائرة إدمان العقاقير.

أما الطريق الأول فتنتهي المشكلة بسلام ، والطريق الثاني يبدأ

ب ـ القلق الخاص بمرحلة التعاطي : (تصور مقترح)



القلق الأساسي: Primary or Basic Anxiety

ويقصد به خصائص القلق الموجودة أساساً في الشخصية قبل بدء التعاطي ، وهو مجموعة خبرات القلق السابقة لدى الفرد قبل الإنخراط في الادمان.

القلق الثانوي الناتج عن التعاطي: Secondary Anxiety

ويقصد به خصائص القلق التي استحدثت على الشخصية بعد التعاطي ، ولحدوث السمية Intoxification ، وهو قلق لاحق ، وتابع للتعاطي ويمكن أن يكون بسيطاً ، ويمكن أن باثولوجياً ، والأمر رهن بالشخصية ، ومدى تأثير العقار.

وإضطرابات القلق الباثولوجية الناتجة والناشئة عن تعاطي العقاقير كثيرة ، ومتعددة ، ويصنفها الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للجمعية الامريكية للطب النفسي DSM IV 1995 إلى ما يلي :

- اضطراب القلق الناتج عن الكحول Alcohol Induced Anxiety Disoder
- " " " " الامفيتامين " " " Amphetamine
- " " " " الكافيين " " " Caffeine
- " " " " القنّب " " " Cannabis
- " " " " الكوكايين " " " Cocaine
- " " " " المهلوسات " " " Hallucinogen
- " " " " المستنشقات " " " Inhalant
- " " " " الفينسيكليدين " " " Phencychidine
- " " " " المهبطات والمنومات ومضادات القلق

Sedateve , Hypnotic &Anxiolytic Indrced Anxety Disorder

- إضطراب القلق الناتج عن أي مادة أخرى معروفة أو غير معروفة .

Other on unknown Substance Induced Anxiety Disorder

(DSM IV, 1995, PP. 16 - 21)

القلق الناتج عن الأعراض الانسحابية :

تتسبب الأعراض الإنسحابية Withdrawal symptoms أياً كان نوعها ، في إحداث مستوى ما من القلق لدى المدمن بصرف النظر عن سبب الأعراض الإنسحابية ونوعها هي ايضاً فهل هي أعراض ناتجة عن توقف موقت اختياري لظروف معينة ؟ ، أم توقف مؤقت اجباري لعدم توفر العقار ؟ او لأي ظروف أخرى؟ كذلك الأمر يتوقف على حدة الأعراض الإنسحابية نفسها ، ومدى كثافتها ، وسفورها ، فالفروق الفردية تلعب دورها أيضاً هنا...وفي كل الأحوال فلا مفر من القلق ، والتوتر ، والاستثارة، والعصبية.

القلق التراكمي أو المتراكم : Cumulative Anxiety

ويقصد به تراكم خبرات القلق مختلفة الجهات ، ومتعددة المصادر ، الواحدة تلو الاخرى ، من جراء التعاطي ، وغير التعاطي ، ومن جراء التعرض للضغوط ، والمشكلات ، والأزمات، والمحن ، والمصاعب ، والمثيرات ، والمهددات ، والمواقف الحرجة ، ومشقات الحياة ، يومية كانت أم دورية أم فجائية .....الخ.

جـ القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي:Abstinence

يعد القلق مظهراً من المظاهر الإكلينيكية للإمتناع والتوقف عن التعاطي ، خاصةً في مرحلة الشفاء المبكر Early Recovery والسبب في ذلك هو الخبرة السابقة في التعاطي المرتبطة بالقلق ، وترك العقار في حد ذاته يخلق نوعاً من القلق، فضلاً عن أنه يمكن أن يكون المدمن المتوقف يعاني أساساً من أحد إضطرابات القلق أياً كان سببها ، ويتناول دواءاً لذلك.

(Dackis ,C. A& Gold , M.S. , 1992 P.480)

كذلك يكثر المدمن المتوقف من تناول المنبهات وخاصة الكافيين Caffeine وهذا بدوره يزيد من حدة القلق ، ويوجد في التراث التاريخي ما يسمى بأعصاب القهوة Coffee Nerves ، والإفراط في ذلك يزيد العصبية ، وعدم الشعور بالراحة ، والإثارة دون داع ، والأرق ، فضلاً عن إضطراب الأحشاء والعضلات ...الخ.

(Greden , J . F.& Walters , A., 1992, P.364)

٣- قلق الارتكاس :

وكثيراً ما يشيع لدى المدمن المتوقف ما يسمى بقلق الارتكاس Relapse Anxiety وهو قلق نوعي ، قد يكون بسيطاً، أوحاداً ، وهو ليس مؤقتاً بل متأرجحاً ، وقد يكون مزمناً، و رهيناً بالشفاء التام ، ويعبر عن التوتر الناتج عن الصراع بين التوقف عن العقار، مع استمرار الحاجة إليه ، مع خشية العودة إليه في ظروف المثيرات ، والمواقف ، والعوامل ذات الخطورة العالية لذلك.

ومما لا شك فيه أن قلق الارتكاس يمكنه ان يهدد الإقلاع أو الإمتناع عن العقاقير ، ويسبب الإرتكاس فعلاً ، خاصة إن كانت أعراض القلق سافرة وشديدة .. ويفضل في هذه الحالة وصف مضادات قلق أو حتى إكتئاب مع مهدئات صغرى للسيطرة على الحالة ، وضبط أعراضها .

(Beeder,A.B.& Millman ,R. B.,1992, PP.681 -682)

وأعراض قلق الإرتكاس لا تختلف عن أعراض القلق العام من حيث الشعور بالتوتر ، والإنزعاج ، والإستثارة ، والضيق، والتبرم ، واللاستقرار ، وعدم الشعور بالرحة ، وعدم التركيز ، وقلة النشاط ، وقلة الإنجاز ،وإنشغال الفكر ، والخاطر ، والأرق، والتيه ، والسرحان ، والشرود ، والعصبية ، والنرفزة ، والغضب، ، وتشتت الإنتباه ، وإنخفاض شهية الطعام ، والكوابيس وإضطراب العمليات الحيوية في الجسم ، وزيادة ضربات القلب، والشعور بالتعطل النسبي ...الخ.

ولكن ما يميز قلق الارتكاس هو كونه قلقاً نوعيـاً أي لا يتعلق إلا بالإرتكاس فقط. فـالمدمن المتوقف الـذي يعاني من هـذا القلـق.. صبحه ، وممساه في دائرة مفرغة ، ودوامة لا تنتهي من التفكير ، والخوف ، والصراع بين (نعم ،أولا) ، و(هذاأوذاك) ، وجلسات، وتـأملات ذاتيـة ، وحسـابات خاصـة بالموازنـة بيـن مكسـب الإرتكاس، وخسارته ، ونتائجه ، وعواقبه ، ومترتباته ،...الخ.

الفصل الثاني

الإرتكــاس

مؤشراته - مثيراته - مواقفه - عوامله - الوقاية منه

أولاً: مؤشرات الإرتكاس وعلاماته المنذرة التحذيرية
Relapse Indicators, Clues & Warning Signs

مقدمة :

تعد مؤشرات الإرتكاس أو علاماته المنذرة بمثابة ناقوس الانذار Alarm Bell على احتمالية حدوث الارتكاس استناداً على بعض الدلائل والمظاهر ، والأعراض ، والعلامات ، والتغيرات التي تنبئ بذلك .. وهي متعددة ، ومتباينة وفي الوقت ذاته قد تتشابه بعضها مع بعض المواقف ، والعوامل ذات خطورة الارتكاس برغم وجود فوارق حقيقية بينهم . وتلك المؤشرات تظهر في مراحل التشافي Recovery خاصة المراحل المبكرة في الغالب أو في مرحلة الاعتدال في التعاطيuse Controled.
وفيما يلي نسرد بايجاز لأهم تلك المؤشرات .

تصنيف المؤشرات :

أ ـ المؤشرات المعرفية
ب ـ " النفسية
جـ ـ " الاجتماعية
د ـ " العلاجية
هـ ـ " الجثمانية (الفيزيقية)
و ـ " الدينية
ز ـ " السلوكية العامة الاخرى

الموشرات المعرفية : Cognitive Clues

وهي العلامات ، والمؤشرات التي تطـرأ علـى المجال المعرفي للفرد بما فيه من قدرات عقلية ، وذهنية ، ..الخ وهي :

١- ضعف القدرة على اتخاذ القرار الايجابي.

٢- سباق العقل .

٣- ضيق نطاق الرؤية.

٤- الافكار الانتحارية .

٥- ضعف القدرة على التخطيط البناء.

٦- ضعف القدرة على التفكير بشكل منطقي.

٧- الافكار الانهزامية.

٨- سقوط الخطط.

٩- ضعف القدرة على التركيز ، والحصر.

١٠- الافكار الارتغابية.

١١- التفكير الارتكاسي .

١٢- الشرود والسرحان.

١٣- ضعف الطموح.

١٤- تبدل المفاهيم.

١٥- انشغال البال ، والفكر ، والذهن ، والخاطر.

١٦- تخيل نشوة العقار (الخيال الارتكاسي).

١٧- سيطرة ذكريات التعاطي (الذاكرة الإدمانية).

١٨- ضعف القدرة على التنظيم.

١٩- نقص القدرة على الحكم الإيجابي.

٢٠- الافكار الهروبية.

٥- ضعف القدرة على التخطيط البناء :

Loss of Constructive Planning

حيث يجد المتوقف نفسه غير قادر في الآونة الاخيرة على إجراء أي تخطيط لحياته ، أو وضع أي أولويات مهمة لها.

٦- ضعف القدرة على التفكير بشكل منطقي :

Inability to Construct ALogical Chain of Thought

حيث يحل المتوقف هنا مشكلاته بشكل عشوائي ، وليس منطقي ، ويغرس في المشكلة لأي سبب تافه ، وكما أن عقله يبدو خالياً من أي منطق ، أو تعقل ، أو استدلال صحيح.

٧- الأفكار الإنهزامية : **Defeating Thonghts**

تعد الافكار الانهزامية ايضاً من مؤشرات الارتكاس ، حيث يفكر المتوقف بأنه لا أمل في الشفاء ،ولا أمل في الاستمرار في الاقلاع ، ولا أمل في القدرة على المواصلة على ضبط النفس ، وأن هذا هو قدر المتوقف التعس ، وأنه لا داعي للمغالطة بالتوقف أكثر من ذلك. مع الاعتقاد بفقدان الثقة ، والعزيمة ، وسيطرة العقار، وغلبة مرض الأدمان ...الخ.

وهذه الافكار الانهزاميسة تهز كيان الفرد المتوقف ، وتصرعه ، وتقوض أركانه ، وترنو به إلى درب الارتكاس ، والسقوط في هاوية الادمان من جديد ، وتظهر هذه العلامات حين ترى المتوقف يبدأ حديثه عن ملله ، وشعوره بالضيق ، وتعبيره عن يأسه ، وقنوطه ، وقطع الرجاء في الشفاء . وانخفاض روحه المعنوية ، وانحطاط قوة الانا لديه.

(Gorski,T.T& Miller,M.,1986, op.cit .PP.177-181)

٨- سقوط الخطط : Plans Begin to Fail

ونظراً لأن التخطيط لاي شئ يتم بشكل غير صحيح ، وغير سليم ، لذلك تتهاوى الخطط التي رسمها المتوقف لنفسه ، ولحياته.

٩- ضعف القدرة على التركيز والحصر:

Lack of Concentration and Listlessness

كذلك الحال فيما يتعلق بالقدرة على التركيز ، والأستيعاب، وتغير أداء العمل ، والشعور بتشتت الذهن ، وضياع الافكار ، وأحياناً الحملقة في لاشئ ، وذلك نتيجة الصراع الذهني، والنفسي بين مواصلة الاقلاع أو معاودة التعاطي .. وما بينهما ، فضلاً عن العواقب المترتبة على ذلك.

١٠- الافكار الارتغابية : Wishful Thoughts

حيث يظهر لدى المتوقف ما يسمى بزملة اعراض (لو فقط) If only syndrome ، حيث يكثر من التمني ، والتفكير المرتبط برغبات خاصة ، مثل : لو أن لدى وظيفة .. لكنت أفضل من ذلك ، او لو أنني استطيع الاقلاع للابد أكون اسعد حالاً، وهكذا.

(Gorski,T.T,& Miller, M., 1982 , op. cit, PP. 59-61)

١١- التفكير الارتكاسي : Relapsive Thinking

حدث اثناء فترة التعاطي ، والانخراط في أدمان العقاقير أن يقوم المدمن بتخزين المشاعر والاحاسيس المشوهة والافكار ، والمعتقدات الخاطئة عن نفسه ، وعن تأثير العقار.. وعند العلاج

والتشافي تختفي هذه الافكار نسبياً ، وتصبح الافكار الايجابية هي السائدة .. ولذلك فعند اقتراب الارتكاس وبداية ظهور علاماته يتم استدعاء تلك الافكار المشوهة ، والاحاسيس المرتبطة بها مرة ثانية ، ويبدأ المتوقف هنا في التعامل معها ذهنياً مرة اخرى وهذا هو التفكير الارتكاسي الذي يعد من اهم العلامات المنذرة بالأرتكاس. (Landry , M.J., 1994 , P. 182)

١٢- الشرود والسرحان :

شرود الذهن ، وكثرة السرحان ، والنسيان تعد ايضاً من مؤشرات الارتكاس ، فالمتوقف هنا يكون في حالة معرفية وعقلية وذهنية مضطربة ، وغير مستقرة ، يفقد فيها السيطرة جزئياً على قدراته العقلية ، وممارساته الذهنية.

١٣- ضعف الطموح : Lack of Aspiration

حيث يضعف طموح المتوقف ، ويقل تطلعه ، وتتهاوى أمانيه ، وتتضائل آماله ، وتزداد تنازلاته ، ويقصر مرامه.

١٤- تبدل المفاهيم : Conceptions Change

حيث تتغير الآراء ، والمفاهيم ، والمعاني ، والتصورات التي كانت موجودة في قمة التوقف وتبدلها بآراء ، ومفاهيم أخرى أكثر سلبية وأقل نفعاً ، وأكثر استهدافاً للارتكاس.

١٥- انشغال البال ، والفكر ، والذهن ، والخاطر:

من الملاحظ على المتوقف الذي يكون على وشك الارتكاس أنه دئماً في حالة انشغال للبال ، والفكر ، والذهن ، والخاطر ، وهذه الحال تعوقه عن اداء عمله اليومي سواء في

العمل أم المنزل .. فهو في حالة اعمال عقلي مستمر ، ومخاض فكري مستمر قد يثمر في كثير من الاحيان بميلاد ارتكاس.

١٦-تخيل نشوة العقار (الخيال الإرتكاسي):

Relapsive Fantasy

الخيال ايضاً من مؤشرات الارتكاس ، ولكن ليس أي خيال، وإنما الخيال السلبي Negative ، المفرط Extreme والذي يتعلق بنشوة العقار ، وسطلته ، ومذاقه ، وجسوه ، وتأثيره..الخ.

١٧- سيطرة ذكريات التعاطي:

Recall Drug use Memories

استدعاء ذكريات التعاطي الأولى والتي يخبرها المتوقف بانها حلوة المذاق يعد من علامات الإرتكاس ، وسيطرة تلك الذكريات على الذهن يعد أيضاً من مؤشرات الارتكاس ، والاستسلام لتلك الذكريات يعد دليلاً أكيداً على ان الارتكاس وشيك الحدوث اوقاب قوسين أو أدنى.

١٨- ضعف القدرة على التنظيم: Lack of Discpline

حيث تضعف قدرة المتوقف عن التنظيم Discpline لأي شئ في حياته اليومية ، وتضعف قدرته على التخطيط لمستقبله ، وتضيع الاهداف الايجابية التي رسمها من بين يديه ، وتصبح الحياة مرة ثانية مشوشة ، فوضوية ، عشوائية يعيشها يوم بيوم باي شكل ، وباي حال.

١٩ – نقص القدرة على الحكم الايجابي:

Lack of PositiveJudgement

حيث تبدأ قدرة المتوقف هنا في الضعف تجاه الحكم على الاشياء ، والأمور ، والقضايا ، ويصبح الحكم ضعيفاً ، مشوشاً ، سالباً ، سطحياً ، وأحياناً غير حقيقي.

٢٠ – الافكار الهروبية : Escape Thoughts

تعد الافكار الهروبيــة مــن العلامــات المنــذرة بحــدوث ارتكاس قريــب للمتوقـف ، وهـذا يعنـي ان توقفـه ، واقلاعـه ، أو حتى اعتداله في التعاطي لا يوفر له تأقلماً كافياً ، وان واقعه مؤلم له لذلك فهو يلجأ إلى الافكــار الهروبيـة التـي يتجنـب بهـا الواقـع. وسرعان ما يلبث أن يتحول التفكير الهروبي إلى استخدام الوسائل الهروبية والتي سبق وان جربهـا فـي المـاضي وهـي العودة مـرة اخرى الى تناول العقار بالشكل الـذي يضمـن لـه هروباً أفضـل . والافكار الهروبية تأخذ أشكالاً عديدة منها:

الهروب من المسئولية ، الهـروب مـن السلطة (المـنزل ، العمـل ، المستشفى ، الشرطة ، ...الـخ) ، كذلــك الهــروب مــن الواقع، والهروب من الذات ، والهروب من المواجهة ، والهـروب من الحقيقة .. الخ.

ب ـ المؤشرات النفسية :(انفعالية ، مزاجية ، وجدانية)

Psychic clues : (Emotion , Mood & Affect)

١ – عودة أو زيادة السلوك القهري .

٢ – الامتعاض اللامعقول .

٣ – الشعور بالأسف الذاتي .

٤- تجدد المعاناة النفسية.

٥- زيادة فترات التشوش.

٦- الانفعال المصطنع.

٧- فقدان ضبط السلوك.

٨- تغيرات المزاج ، وتقلباته الفجائية .

٩- الميول ، والمشاعر الخاصة بالوحدة ، والعزلة.

١٠- الانهيار الانفعالي العام.

١١- احلام اليقظة عديمة الجدوى.

١٢- توجس شعور المتوقف بانه على ما يرام .

١٣- المغالاة في شدة العهد القاطع بالتوقف ، والاقلاع.

١٤- عودة ، أو زيادة السلوك الاندفاعي.

١٥- الشعور بان شيئاً لن يحل.

١٦- الرغبة الفجة في الشعور بالسعادة.

١٧- زيادة الاستثارة .

١٨- الرفض العلني لأي مساعدة .

١٩- زيادة مشاعر الضعف ، والعجز.

٢٠- عدم الرضا عن الحياة.

٢١- فقدان الثقة بالنفس.

٢٢- الشعر بالتوتر ، وعدم الاستقرار.

٢٣- التأرجح بين نوبات أكتئاب بسيط ، وعميق.

٢٤- زيادة الدفاعية ، واستخدام ميكانزمات دفاع سالبة.

٢٥- العدوان ، والعدائية.

٢٦- الاحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة التعاطي.

١- عودة ، أوزيادة السلوك القهري:

Compulsive Behavior

حيث تنتاب المتوقف نوبات Episodes من السلوك القهري كانت تنتابه في الماضي ، وتزداد في الفترة الاخيرة ، أو تظهر لديه مرة ثانية بشكل اكثر حدة .. حيث يبالغ في أداء الاشياء أكثر من العادة ، أو يفعل اشياء لا حاجة له بها . وتصبح انماط سلوكه جامدة ، وصلبة ، ومتحجرة Rigid ، ومتكررة Repetitive ويظهر هذا السلوك القهري في الافراط في تناول الطعام ، والافراط في العمل ، والافراط في الجنس ،والافراط في كل شئ.. حتى يزداد الافراط فيصبح بعد ذلك تفريط.

٢-الامتعاض اللامعقول: Unreasonable Resentment

والامتعاض هو شعور بالاستياء .. ويكون مبالغاً فيه ، وغير معقول حيث يجد المتوقف نفسه يراجع الاشخاص ، والاحداث ، والمواجع ، والأزمات السابقة ، ويبدأ يعايش من جديد هذه الآلام ، والمواجع، والاحاسيس المكدرة ..أنهإجترار لاحزان الماضي لملئ فراغ الحاضر. والمتوقف هنا يشعر بالغضب تجاه العالم عموماً ، وقد يتركز حول بعض الضحايا، أو قد يتحول إلى المتوقف نفسه.. فيصب المتوقف لعناته على نفسه.

٣- الشعور بالأسف الذاتي: Self - pity

حيث يبدأ المتوقف في التساؤل : لماذا كل شئ سئ يحدث لي دائماً؟ وقد يجاهر به للآخرين لجذب الانتباه ، واستدرار

العطف ، ويسمى الشعور بالأسف الذاتي أحياناً باسم PLOM Syndrome أي زملة الاعراض المسماة : أنا البائس الضعيف الغابر (Poor Little Old Me).

٤ – المعاناة النفسية : Suffering Renewal

يعاني المدمن أثناء ادمانه معاناة نفسية شديدة ، وعند توقفه، وتلقيه العلاج تخف حدة معاناته ، ويهدأ باله نسبياً ، ويبدأ في الانتقال من مرحلة علاجية إلى اخرى ، حتى يصل إلى التشافي . ولكن أثناء الرحلة العلاجية التي بدأها بالاقلاع عن العقار قد يتعثر في الطريق لسبب أو لآخر ، ويشعر بأن معاناته قد بدأت من جديد وعلى الشكل الآتي:

- زيادة الاحباط — Over Frustration
- زيادة القلق — Over Anxiety
- زيادة الانعصاب — Over Stress
- زيادة الخوف — Over Fear
- زيادة الضيق — Over Annoyance
- زيادة الحصر — Over Angst
- زيادة الالم — Over Pain
- زيادة الاكتئاب — Over Depression
- زيادة الانزعاج — Over Disturbarce
- زيادة الاضطراب — Over Disorder
- زيادة نوبات الهلع — Over Panic Attacks
- زيادة اليأس — Over Despair

٥- زيادة فترات التشوش : Confusion

حيث تزداد فترات التشوش لدى المتوقف من حيث التكرار ، Frequency ، والاستمرار Duration ، والسفور Severity وتعني أن الفرد يعي أن بداخله مشاعر كثيرة وأحاسيس متعددة ، ولكنه لا يعي ما يعيبها ، وما العطب فيها ، وما وجه فسادها.

٦- الانفعال الاصطناعي أو المصطنع :

Artificial Emotion

حيث يظهر المتوقف انفعالات سطيحة ، صناعية ، مصطنعة ، اصطناعية ، غير حقيقية ، وغير عميقة ، بل وزائفة احياناً ، حيث يبدأ المتوقف أظهار مشاعر معينة دون ان يعلم حقيقة كنهها ، أو سببها ، أو دون سبب معلوم لديه على الاطلاق.

٧- فقدان ضبط السلوك: Behavioral Loss of Control

حيث يظهر المتوقف ضعف قدرته المتزايد على ضبط سلوكه العام ، او التحكم فيه ، أو السيطرة عليه ، فهو يتصرف ، ثم يندم ، ويخطأ ، ثم يأسف ..وهكذا.

٨- تغيرات المزاج وتقلباته الفجائية :

Uncontrollabale Mood Changes & Swings

يدخل المدمن عالم الادمان ليحسن من مزاجه في أغلب الاحيان ، واذ به يكتشف أيضاً أن قدره التعس هو المزاج المتقلب، والمتوتر ، والحاد ، والكئيب . إلى أن يتشافى ، ويتعافى. ومن العلامات الجادة المنذرة بوقوع الارتكاس لدى المريض المتوقف : تغيرات المزاج ، وتقلباته ، وتذبذبه ،

وتأرجحه ، وهذا في حد ذاته دافع قوى لديه كي يفكر في تعاطي شيئاً ما تخلصاً من تلك الحالة ، وتحسيناً لمزاجه العام . فتراه يضحك قليلاً ، ولكن ضحكاته ليست عن مرح معتاد ، ولكنها قد تكون سخرية عذاب.. ثم تراه قد يبكي بكاءاً حاراً حتى يصبح دمعه لاذعاً ، ثم يبتسم ولكن ابتسامه غير ملونة ، وإن كان لها لون فهي صفراء لأنها ابتسامة ممزوجة بالمرارة Bitterness ، وتتميز تلك التحولات، والتبدلات ، والتموجات بأنها متعددة ، ومتباينة ، ومتناقضة ، وسريعة ، وفجائية ، وغير قابلة للضبط ، وحادة ، وسافرة ، ودون انذار مسبق.

٩- الميول ، والمشاعر الخاصة بالوحدة ، والعزلة:

Feelings & Tendencies of Loneliness & Isolation

حيث يظهر المتوقف ميولاً تعكس مشاعره نحو الوحدة ، والعزلة ، والانسحاب ، والتحاشي ، والتجنب ، والانفراد بالذات ، والهروب من الآخرين ، والأنطواء المبالغ فيه ، والانزواء ، والتقوقع ..الخ.

١٠- الانهيار الانفعالي العام :

Major Emotional Collapse

حيث يظهر على المتوقف آثار الاجهاد الانفعالي من جراء استنفاذ طاقاته ، وقدراته في التأقلم ، والخروج بنتيجة أنه لا فائدة من التعامل مع هذه للحياة التي يصعب معايشتها Unmanageable Life.

(Gorski,T.T.&Miller, M.,1986,op.cit.,PP.177-183)

١١ -أحلام اليقظة عديمة الجدوى:

Isdle Daydreaming

تُعدُ أحلام اليقظة أيضاً من العلامات المنذرة الخاصة بالارتكاس حيث ترى المتوقف يكثر لديه الاستسلام لاحلام اليقظة دون أن يدري ، ودون مقاومة ، وعادة ما يكون محتوى تلك الاحلام هو التعاطي ، وتخيل نشوة العقار ، وتكون تلك الاحلام بمثابة سلوك ارتكاسي ، وسلوك ادماني غير منفذ ، وكل ما نخشاه أن يقوم المتوقف بتنفيذه ، وتحقيق أحلامه التي قد تودي بحياته .لان كل ما يتمناه في الواقع ولا يقوى على تحقيقه أو مناله .. يحلم به في اليقظة . والضرر الذي تحققه أحلام اليقظة هو :

أ- تقريب البعيد ،وكسر حاجز المسافة ، والزمن ، والمكان للهدف محل الحلم.

ب ـ اشغال البال بما قد حرَّمه الفرد على نفسه .. وزيادة الحسرة، والالم من الواقع المرير .

جـ ـ اشعال الصراع ، واضرام نار التلهف من جديد.

د ـ تهيئة الذات لحدوث وقائع الحلم لتقليل الدهشة ، والاستغراب .

هـ ـ كونها لا تفي بالمراد فيحاول الفرد فعل أي شئ لنيل مراده.

١٢- توجس شعور المتوقف بأنه على ما يرام :

Apprehension About Well-Being

حيث يظهر المتوقف شعوراً داخلياً بخوفه ، وتوجسه ، وتشككه ، وعدم يقينه من أنه على ما يرام ، أو أن لا بأس به .. وهذا يعكس ضعفاً في ثقته بنفسه ، وبمقدرته على مواصلة رحلة

التشافي ، وهذا الشعور لا يدوم طويلاً Short-Lived لأنه اما ان يقهره بالعزم ، والثقة ، وأما أن يبدده بالارتكاس.

١٣- المغالاة في شدة العهد القاطع بالتوقف ، والاقلاع:

Adamant Commitment To Sobriety

حيث يحاول المتوقف اقناع نفسه بأنه لن يعود أبداً للتعاطي مرة ثانية ، لأنه اتخذ على نفسه هذا العهد القاطع .. ولكن المغالاة ، والتشدد ، والصلابة التي قد تصاحب ذلك قد تكون ظاهرية ، وغير اصيلة ، وهذا ما يدفع بعض المتوقفين إلى عدم مناقشة اسباب التوقف ، وطبيعة قرار الاقلاع مع معالجيهم.. لان في الامر خوف ، وشك ، وريبة ، وتوجس عميق داخل ذات المتوقف حول ذلك.

١٤-عودة ، أو زيادة السلوك الاندفاعي:

Impulsive Behaviour

حيث تظهر من جديد ، أو تزداد عن ذي قبل اندفاعية المتوقف ، وتقل رويته ، ولتزانه ، ويبدأ فعله في استباق فكره . وينجم عن ذلك شعور بالأسف ، والندم ، والحسرة ، والكآبة.

١٥- الشعور بأن شيئاً لن يحل:

Feeling That Nothing Can Be Solved

حيث ينتاب المتوقف شعوراً داخلياً بأنه لن يجد جديد بالتوقف ، و ان المشكلات ستبقى كما هي عليه ، ولن تحل أي قضية ، او معضلة ، بل على العكس ان الأمور تزداد تدهوراً .. ويبدأ المتوقف في ترديد: (لقد بذلت قصاى جهدي ولكن دون فائدة) . (I've tried my best and it isn't woking out)

١٦- الرغبة الفجة في الشعور بالسعادة :

Immature Wish To Be Happy

حيث يظهر المتوقف رغبة عارمة ، وفجة ، وفي غير موعدها ، للشعور بالسعادة ، فهو يصرخ طالباً السعادة ، والفرح، والهناء ، دون حتى أن يقوم بتعريف ماهي مقومات السعادة ، ومتطلباتها؟ ، بل في تعريف السعادة نفسها .. وهل يمكن للفرد أياً كان أن يحيى سعيداً طوال الوقت ؟

١٧- زيادة الاستثارة : **Over Irritability**

حيث تزداد استثارة المتوقف عن ذي قبل ، وتزداد حساسيته ، وقابليته للتهيج Provocation&Agitation ويصبح من السهل عليه أن يغضب Easily Angered ، ويثور ، ويشتاط غيظاً.

١٨- الرفض العلني لأي مساعدة :

Over Rejection Of Help

حيث يبدأ المتوقف في رفض أي مساعدة من أي أحد ، فهو يأبى أن يمن عليه أحد بالمساعدة ، أنه في النهاية حتى يرفض أن يساعد نفسه ، ويكون ذلك نذيراً لاقتراب الارتكاس.

١٩- زيادة مشاعر الضعف ، والعجز:

Feeling s Of Powerlessness & Helplessness

حيث يشعر المتوقف بمشاعر الضعف ، وفقدان القوة ، والوهن ، والانهاك العصبي ، والعجز ، وضعف كل قدراته ، وأنه لم يعد يحتمل أي شئ أكثر من ذلك.

٢٠- عدم الرضا عن الحياة:

Dissatisfaction With Life

حيث يشعر المتوقف أن(الاشياء اصبحت سيئة للغاية الآن) " Things are so bad now "(ومن الممكن لي ان أتعاطى أو أسكر ، لأنه لا يمكن ان تسؤ الامور أكثر من هذا):

I might as well get drunk as they can't get worse

ويبدأ سقم الحياة ، ومذاقها المر أمام عينيه طوال الوقت ، وكأنه قد ضجر من حياته ، وضجر من سأمها .فهو لا يشعر فيها باي رضاً أو اشباع.

٢١- فقدان الثقة بالنفس تماماً :

Complete Loss of self-Confidence

حيث يشعر المتوقف بأنه قد وقع في فخ Trap ، ولا يمكنه النجاه أو الفكاك منه مهما حاول ،ومهما آلى جهداً .فالثقة بالنفس ليست موجودة ، بل تتلاشى يوماً بعد يوم ، وتضعف صورة الذات ، وتضحى باهته، مشوهة ، مشوشة.

٢٢- التوتر ، وعدم الاستقرار:

Tension & Restlessness

قدر المدمن هو التوتر ، وعدم الاستقرار حتى يكتب له الشفاء التام Full Recovery خاصة في فترة ما قبل الارتكاس، وفي فترة ازالة السمية ، وظهور الاعراض الانسحابية Detoxification & Withdrawal Symptoms ، وما يهمنا هنا هو فترة ما قبل الارتكاس Pre-Relapse حيث يشيع زيادة التوتر ، والقلق، والانزعاج ، وعدم الاستقرار ، والنرفزة ،

والعصبية ...الخ. حيث ترى المدمن المتوقف دائماً يفكر ، دائماً في حيرة وارتباك، وخوف ، لا يستطيع الجلوس في مكان واحد فترة طويلة ، يمشي كثيراً ولكن دون هدف ،ودون مقصد ، لا يشعر بالراحة ، ولا يهدأ له جفن كأنه في محنه ، أوينتظر كارثة.

٢٣- التأرجح بين نوبات اكتئاب (بسيط ، وعميق):

Flactuation Periods of Minor&Deep Depression

حيث تظهر على المتوقف اعراض متباينة تدل على وجود فترات متقطعة من الاعراض الإكتئابية البسيطة الصغرى ، والاعراض الاكتئابية القوية السافرة. فتارة يعاني من الوجدان السطحي Flat Affect ، وتارة تصبح الاعراض اكثر حدة وأكثر سفوراً وأكثر تكراراً وأكثر اضطراباً وأكثر دواماً فتراه يميل إلى العزلة ويتهم الآخرين بانهم يتجنبونه .. مع ارتفاع معدل الكآبة ، والحزن ، والألم والكدر ، والتعاسة واليأس ، والقنوط ..الخ.

(Gorski,T.T.& Miller,M.,1982, Op .Cit ,PP. 57-64)

٢٤- زيادة الدفاعية ، واستخدام ميكانيزمات دفاع سالبة:

Over Defensiveness & Use of Negative Defense Mechanisms

يلجأ الانسان عادة إلى ميكانيزمات الدفاع السالبة في حالة الازمات ، والمحن ، ومواقف الانعصاب الشديد ، ويكون استخدامه لتلك الميكانيزمات وفقاً لبناء شخصيته ، وتركيب نظامه النفسي ، والوجداني ، وبناء على قوة الانا لديه .. وهكذا . والمدمن في رحلته الادمانية يلجأ إلى استخدام تلك الميكانيزمات ،

ويقل استخدامه لها أثناء رحلته العلاجية ، فإن عاد و استخدمها بقوة وكثرة مرة ثانية فهذا دليل على أن أعراض مرض الادمان ما زالت سافرة ، وانه سوف ينهي اقلاعه ، وتوقفه عن التعاطي بالإرتكاس من جديد ومن اشهر تلك الميكانيزمات السالبة هي :

أ – الانكار Denial

ب ـ التبرير Rationalization

ومن الثابت أن هذه الميكانيزمات ليست سهلة الفهم ، والتركيب لدى المدمن كما يبدو الأمر. (Daley,D.C.,1989,P.4)

(Grunberg, N.E& Acri, J, B.,1991, PP. 637-641)

٢٥ – العدوانية ، والعدائية : Aggression& Hostility

من فرط معاناة المتوقف تزداد معدلات عدوانه ، وعدائيته لنفسه ، ولمن حوله . ولقد اثبتت عديد من الدراسات وجود علاقة بين العدوانية ، والعدائية ، والارتكاس ، منها على سبيل المثال دراسة ماكورميك .Mc Cormick,R.A ، وسميث .Smith, M (١٩٩٥) والتي توصلا فيها إلى وجود علاقة طردية بين العدوان، والعدائية ، والارتكاس .

(McCormick , R. A,& Smith ,M. , 1995, PP. 555-562)

٢٦ – الإحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة التعاطي:

Hidden Power To Push For Drug Use

حيث يشعر المدمن المتوقف بوجود قوة خفية غير مرئية شيطانية قوية تفوق طاقته ، تدفعه من الخلف إلى معاودة التعاطي من جديد ، ويصف المدمن المتوقف هذه القوة بأنها مسيطرة، ومهيمنة عليه تعمل على سلب ارادته ، وكأنه يدور في

مدارها أو في مجالها الجاذبي ، حائر ، ضائع ، ضعيف ، منهوك القوى ، وكأنه في حالة تشبه التنويم المغناطيسي ، لا يفكر بأي شئ سوى الاستسلام لقيادة وهوى تلك القوة الخفية التي لا يعلم مصدرها ولا يستطيع مقاومتها .. وبعد فترة محدودة قد تكون لحظات ، أو دقائق ، أو ساعات أو على الاكثر أيام معدودات يحدث الارتكاس..هذا ان انهارت مقاومة المريض ولم يجد من يساعده.. كذلك على المحيطين به أن يدركوا أن هذه المؤشرات المنذرة ، وتلك الفترة الحرجة هي أهم فترة لمساعدته والوقوف بجانبه حتى لا يقع المحظور.

جـ - المؤشرات الاجتماعية : **Social Clues**

١- ضعف القدرة على الأداء بفاعلية ، والالتزام بالمحددات.

٢- عودة الميل للتحكم في الآخرين ، والمواقف ، والاشياء.

٣- الفشل في التوصل إلى أنظمة تدعيمية بين شخصية(رسمية).

٤- الفشل في أقناع مدمنين آخرين بالتوقف.

٥- الاستثارة مع الاصدقاء.

٦- التعاطي الاجتماعي .

٧- محاولات الالتقاء باصدقاء التعاطي القدامى.

٨- الاتصالات الهاتفية المشبوهة.

٩- ضعف المجاملات الاجتماعية.

١٠- ضعف أداء الواجبات الاجتماعية.

١١- كثرة المشكلات مع الآخرين ، وتزايد شكاواهم.

١٢- مشكلات العمل.

١- ضعف القدرة على الأداء بفاعلية ، والالتزام بالمحددات:
Inability to Effectively Set & Maintain Limits

حيث يبدأ المريض في أن يخبر مشكلات سلوكية حتى مع الاطفال ، ويصبح ضعيف القدرة على أدراك أي حدود ، أو الالتزام بالمحددات ، والمعايير السلوكية التي تنظم حياة الفرد عموماً.

٢- عودة الميل للتحكم في الآخرين ، المواقف ، والأشياء:
Return Of The Tendency To Control People , Situations & Things

من المفترض أن المذمن عادة لا يستطيع التحكم أو السيطرة على الاشياء ، أو المواقف أو الآخرين ، ولكن المدمن المتوقف الموشك على الارتكاس يبدأ في محاولة معاودة التحكم في الآخرين ، والمواقف ، والاشياء ، ومراوغة الآخرين ، وهكذا.

٣-الفشل في التوصل إلى أنظمة تدعيمية بين شخصين(رسمية):
Failure To Maintain Interpersonal (Informal) Support systems.

حيث يتوقف المتوقف عن ود الاصدقاء ، وأفراد الاسرة تدريجياً ، ويختفي من أجتماعات الاسرة ، او لقاءات العائلة ، ويبدأ في الاختفاء عن انظار المحيطين أكثر عن ذي قبل .ويقل شعوره بالتدعيم الاسري.

(Gorski,T.T&Miller,M.,1986, OP.Cit, PP.176-181)

٤-الفشل في اقناع مدمنين آخرين بالتوقف ، أو فرض ذلك عليهم: **Impose Sobriety On Others**

حيث يبدأ المتوقف في فرض التوقف على الآخرين ، ويبدأ في الاهتمام بسلوكيات الآخرين ، وماذا كانوا يفعلون ؟ وتكون علامة خطرة أذا فشل في اقناع آخرين بالتوقف ، وقد يحدث العكس ان يحاول الآخرون اقناعه هو بالعودة للتعاطي من جديد.

٥- الاستثارة مع الاصدقاء: **Irritation With Friends**

حيث يبدأ المتوقف في الشعور بالتوتر ، والاستثارة في علاقاته مع الاصدقاء . فهو في صراع بين معاودة صداقاته القديمة ، وبين تغييرها ، وفي صراع آخر بين تكوين صداقات جديدة، ومدى الحاجة إليها ، ومدى التنبؤ بنجاحها ، واستمرارها.

٦- التعاطي الاجتماعي: **Social Use**

حيث يبدأ المتوقف في معاودة التعاطي ولكن في المناسبات الاجتماعية فقط ، ومن أجل المجاملات .. ومستلزمات بعض اللقاءات ، والحفلات .. الخ .وعادة ما يكون احتساء الكحوليات هو الأكثر شيوعاً في هذه المناسبات.

(Gorski ,T.T.&Miller, M.,1982,OP .Cit. ,PP. 57-63)

٧- محاولات الالتقاء باصدقاء التعاطي القدامى:

Attempts To Meet Old Drug Users & Friends

حيث يبدأ المتوقف في النهاية في محاولة الالتقاء ببعض من أصدقاء التعاطي في السابق بغرض السؤال عنهم ، أو الزعم

بالالتقاء بهم مصادفة ، وتكرار تلك المحاولات ، والتي تسفر في كثير من الأحوال عن الارتكاس .

٨- الاتصالات الهاتفية المشبوهة : **Dirty Phone Calls**

حيث يبدأ المتوقف في الاتصال الهاتفي ببعض الاصدقاء ، أو المروجين ، وتكثر محادثات الليل ، والاصوات الخافتة ، واللهفة على الرد على التليفون حين يسمع رنينه ..وهكذا.

٩- ضعف المجاملات الاجتماعية :

Lack of Social Complements

حيث يبدأ المتوقف في الاستهتار ، واللامبالاة ، وعدم الاكتراث بالمجاملات الاجتماعية فهو لم يعد مستعداً لها الآن ، ولا يلقي لها بالاً بشكل كبير ، فصراعاته أكبر من مجاملة الآخرين .

١٠- ضعف الواجبات الاجتماعية:

Lack Of Social Duties

ما ينسحب على المجاملات الاجتماعية ينسحب ايضاً على الواجبات الاجتماعية فمواساة الآخرين في أحزانهم ، أو تهنئتهم في أفراحهم لم يعد يشغل بال المتوقف بعد.

١١- كثرة المشكلات مع الآخرين ، وتزايد شكاواهم:

Increased Problems & Complains with Others

حيث تزداد مشكلات المتوقف بصفة عامة مع كثير من الآخرين ، وتزداد الشكاوى من المتوقف ، ومن الآخرين ، ويظهر المتوقف صعوبات في التوافق الاجتماعي مع الآخرين ، وضعفاً ملحوظاً في تحملهم.

١٢- مشكلات العمل : Work & Job Problems

حيث تكثر مشكلات المتوقف في العمل مع الزملاء ، والرؤساء ,و المرؤسين. فهو لم يعد كسابق حاله حين كان مجداً في العمل ، وملتزماً بمعاييره ..كل شى الآن يبدأ في التغير إلى الأسوأ ، وتبدأ تساؤلات المحيطين في مجال العمل ، ولا يجدون أجابة سريعة سوى أنه على وشك الارتكاس.

د ـ المؤشرات العلاجية : Therapeutic Clues

١- نقص الاعتناء بالذات.

٢- انخفاض دافعية العلاج.

٣- تناول عقاقير طبية للتأقلم.

٤- فقدان متزايد لوتام للبناء اليومي.

٥- بداية التعاطي المنضبط.

٦- الغرس في التشافي.

٧- خلق الاشتياق الذاتي.

١- نقص الاعتناء بالذات: Lack of Personal Care

حيث يعترى المتوقف نوبات متعاقبة ، ومتلاحقة ، ومستمرة في الآونة الاخيرة من اهمال مظهره الشخصي Personal Appearance ، والتوقف عن أداء الاشياء الصغيرة التي كانت تمتعه في الماضي ، ويصبح الاهتمام بالذات آخر ما يفكر به.

٢- انخافض الدافعية للعلاج:

Poor Motivation For Treatment

من المؤشرات العلاجية الدالة على اقتراب الارتكاس، والمنذرة به هي ملاحظة انخفاض دافعية المتوقف للعلاج ، سواء اكـان الموقف يتعلق ببداية العـلاج ، أم تكملـة العـلاج ، والاستمرارية في تطبيقه .. حيث يظهر على المريض المتوقف نقص في الاهتمام بالجلسات العلاجية ، والمشاركة الفعالة ، وعدم الاكتراث، واللامبالاة ، والاستهتار بالمقرر العلاجـي ، وتغير مستوى الاداء العلاجي إلى الاسوء ، وتدهور الانجازات التي كان يحققها المريض في السابق أثنـاء حماسه فـي بداية العـلاج فعلى سبيل المثال:

أ ـ قلة حضور اجتماعات المدمن المجهول (AA) ,(Al-Anon)

Attendence at AL-Anon Becomes sporadic

ب ـ الانقطاع التام ، والمفاجئ عـن الاجتماعـات التدعيميـة ، وجلسات العلاج.

Total Abandonment of Support Meetings &Therapy Sessions

جـ ـ الحضور غير المنتظم للاجتماعات العلاجية

Irregular Attendence At treatment Meetings

د ـ وقف كل العلاجات Discontinuing All Treatment

٣- تناول عقاقيرطبية للتأقلم :

Use Of Medication To Cope

حيث يبدأ المتوقف في تناول بعض المهدئات ، أو الخمور بشـكل بسـيط ، ومؤقـت للشـعور بالراحـة ، وازالـة التوتـر ،

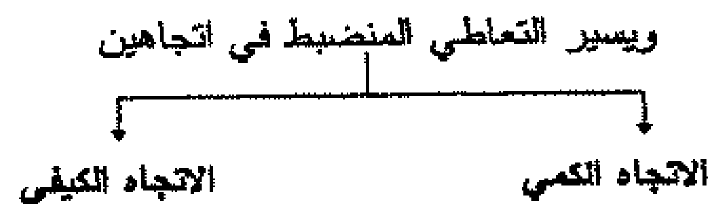
والمعاناة، والألم ، والضغوط ، والمشكلات المتزايدة .. ويكون الاستخدام والتناول هنا من أجل التأقلم المؤقت.

٤- فقدان متزايد أو تام للبناء اليومي :

حيث يفقد المتوقف تدريجياً إلى أن يصبح نهائياً الروتين اليومي لحياته ، والنظام اليومي المعتاد ، وفتراه الآن. كثير النسيان، للإجتماعات ، والمواعيد ، والمقابلات ، لا يستطيع تنظيم وقته ، أو حتى مواعيد تناول الطعام والوجبات ، حيث يفقد السيطرة على ترتيب وقته ، أو جدولة مواعيده ، فكل شئ يصبح فوضى في حياته العامة ، واليومية خاصة . ويصبح عاجزاً عن أداء أبسط الاشياء في الوظيفة اليومية.

(Gorski, T.T & Miller, M., 1986, OP. Cit., P. 182)

٥- بداية التعاطي المنضبط: Start Of Controlled Use



الاتجاه الكمي	الاتجاه الكيفي
ويقصد به محاولات المتوقف للتعاطي بكمية محدودة ، ومنضبطة قدر المستطاع.	ويقصد به محاولات المتوقف للتعاطي بنوعية جيدة لعقار أقل خطراً ،وأقل عاقبة ، ولمدة محدودة.

(Gorski, T.T.&Miller, M., 1982, OP , Cit., P. 65)

٦- الغرس في التشافي : Stuck in Recovery

وهذه الظاهرة من المؤشرات المهمة ، والمنذرة بالارتكاس حيث يعجز المريض المتوقف عن احراز أي تقدم علاجـي و الوقوف عند مرحلة علاجية معينة والثبات عليها ، وضعف القدرة علـى أجتيازهـا، تماماً مثل السيارة التي تغرس فـي الرمـال أو الوحل ولا يمكنها الحركة مطلقاً .. كذلك المريض المتوقف الـذي يغرس في مشكلة ما أو عدة مشكلات ، ولا يستطيع لهما حـلاً ، ويشعر بالعجز، والشلل ، والجمود ، والركود ، والضعف .

٧- خلق الاشتياق الذاتي : Self - Craving

حيث يقوم المتوقف بخلق أشتياقه بنفســه ، ذهنيـاً،وحسياً.. وفي أغلب الاحيان ينتهي الموقف بالارتكاس .. لأن محاولة خلـق الاشتياق الذاتي دالة من دلالات وقوع الارتكاس.

هـ- المؤشرات الجثمانية(الفيزيقية): Physical Clues

١- التعب ، ونقص الشعور بالراحة.
٢- اضطراب شهية الطعام ، وعاداته.
٣- اضطرب النوم ، وعاداته.
٤- المشكلات الصحية .
٥- الخوار الجثماني العام.
٦- نقص الاهتمام بالنظافة الشخصية.
٧- اضطراب النشاط الجنسي.
٨- التمارض.

١- التعب ، ونقص الشعور بالراحة :

Fatige Or Lack of Rest

حيث يشعر المتوقف بالتعب من أي مجهود ، أو أقل مجهود ، مع عدم شعور بالراحة معظم الوقت ، وغلبة الشعور بالإجهاد دون سبب واضح .

٢- اضطراب شهية الطعام ، وعاداته :

Eating Disorder&Irreguler Eating Habits

حيث تضطرب شهية المتوقف للطعام.. فتقل عدد وجباته أو تزيد ، ويقل أقباله على الطعام أو يزيد ، ويتغير موقفه حتى من الطعام المفضل لديه . وتتغير عاداته في تناول الطعام ، وتضطرب مواعيد الوجبات فيتناول افطاره في العصر، والعشاء في الفجر، وهكذا .

٣- اضطراب النوم وعاداته :

Sleep Disturbance&Irregular Sleeping Habits

حيث يضطرب نوم المتوقف .. فتقل ساعاته ، أو تزيد ، ويضطرب نظام النوم فينام حيث يستيقظ الآخرون ، والعكس ، ويصاحب النوم احلام مزعجة ، وكوابيس ، وعدم شعور بالراحة، ونوم متقطع ، ومقلق وهكذا.

٤-المشكلات الصحية : **Health Problems**

وتنقسم المشكلات الصحية إلى



تكرار الشكوى من آلام متفرقة في الجسم مثل : مثل: القرح Ulcers وآلام القلب

زيادة الآلام الجسمية نتيجة المعاناة .

آلام في الصدر ، والبطن ، Heart Pains والصداع المزمن والظهر ، والاطراف Chronic Headach. والمفاصل ، والعضلات ...الخ.

٥- الخوار الجثماني العام: Major physical Collapse

حيث يشعر المتوقف باجهاد شديد ، وتصبح معاناته الجسدية أكثر سفوراً ، وحدة ، والماً ، مما قد يتطلب التدخل الطبي الترياقي ، وتكثر المشكلات الصحية ، ويصبح المتوقف غير قادر على أداء واجباته اليومية.

(Gorskis ,T.T.& Miller ,M.,1986,OP.Cit ,PP.177-183)

٦- نقص الاهتمام بالنظافة الشخصية:

Lack of Physical & Personal Care

حيث يبدأ المتوقف في عدم الاهتمام بنظافته الشخصية مثل: الاستحمام ، أو الحلاقة ، أو استخدام العطور ، أو حتى تمشيط شعر رأسه ، وعدم الاهتمام بمظهره ، وملابسه خاصة الداخلية وهكذا .

٧- اضطراب النشاط الجنسي :

Sexual Activity Disturbance

حيث يضطرب لدى المتوقف كل من

الرغبة الجنسية — الممارسة الجنسية

فتقل الرغبة أو تزيد ، ولكن في معظم الأحوال تقل ، وتقل الممارسة الجنسية أو تزيد ، ولكن في أغلب الأوقات تقل وهكذا.

٨- التمارض: Malingering

حيث يبدأ المتوقف في ادعاء المرض ، أو التظاهر به ، أو التمارض وهو مزيج من متاعب جسمية ، ورغبة في جذب الانتباه، ولفت الانتظار إليه لإستجداء المزيد من العناية ، والرعاية.

و ـ المؤشرات الدينية: Religious Clues

١- عدم الوفاء بالوعود

٢- كثرة الوقوع في الأخطاء.

٣- زيادة التجاوزات .

٤- انتهاك بعض المحرمات.

٥- ارتكاب بعض الكبائر.

٦- ضعف الاعتقاد في القوة العظمى Higher Power

٧- ضعف الواعز الديني.

٨- عدم المواظبة على أداء الفرائض.

٩- الابتعاد عن مجالس الذكر ، والفقه.

١٠- الجنابة المستمرة.

١١- ندرة أو عدم ارتياد المساجد.

١٢- زيادة الاكاذيب ، والخداعات ، والمراوغات.

ز ـ مؤشرات سلوكية أخرى:

١- تكرار الشكوى من أي شئ ، ولكل شئ.

٢- تكرار الغياب ، والتأخر ، والتعطل.

٣- فقدان الاهتمام ، والاكتراث ، والميل نحو اللامبالاة .

٤- السلوك التستري : أي محاولة التستر على الذات قدر الامكان.

٥- سلوك اختلاق الاعذار لاي تقصير.

٦- السلوك الإهمالي.

٧- اضطراب سلوك الانفاق ، والاستهلاك ، وزيادة اوقلة المال على نحو فجائي ، وزيادة التورطات المالية والإستدانة.

إلى غير ذلك من المؤشرات العامة للإرتكاس . والتي تعد بمثابة ناقوس خطر للمتوقف ، والمحيطين به .. لذلك فوجب الحذر من العلامات التحذيرية حتى يمكن تجنب الارتكاس.

ثانياً: مثيرات الارتكاس
Relapse Cues , Triggers & Stimuli

١- مقدمة :

تعد المثيرات المؤدية للارتكاس احدى العقبات الكئود التي تواجه مريض الادمان في مرحلة التشافي مثل شبح اسود في ظلام حالك، فهي تطارده احياناً من الداخل والخارج ، ويتعرض لها في أي وقت .وفي أحيان ليست بالقليلة يخافها ، ويرهبها.

٢- ما هية المثير:

هو أي شئ أو فكرة أو معنى يسبب الاثارة بشكل أو بآخر لمريض الادمان ، وقد يكون حسياً أو معنوياً ، مجرداً أو عيانياً ، داخلياً أو خارجياً.

٣- الفرق بين المثير وموقف المخاطرة :

يختلف المثير عن موقف المخاطرة في الآتي:

١- رؤية شخص يتعاطى ← مثير

تجاذب اطراف الحديث معه ← موقف مخاطرة.

٢- المثير شئ فردي في الأغلب ، أما الموقف فهو مركب ومتعدد، فالموقف يمكن أن يحتوى على أكثر من مثير في آن واحد.

٤- تأثير المثيرات على الارتكاس :

يتأثر الارتكاس بالمثيرات بشكل كبير لدى المدمن المتوقف ، أو المعتدل ، وتقوم المثيرات بوظيفة ما يمكن تلخيصها في الآتي:

أ- التنبه — Arousing

ب ـ الاثارة — Stimulation

جـ ـ اعادة التنشيط — Reactivity

د ـ التهييج — Provocation

وذلك لـ

أ- الاشتياق أو الشعور باللهفة — Craving

ب ـ متعة سابقة — Previous Pleasure

جـ ـ رغبة تعاطي داخلية — Internal Desire of use

د ـ استجابة تفاعلية — Interactional Response

هـ ـ زيادة دافعية التعاطي وفتح الشهية للعقار
Appetitive Motivational State for the Drug
(Stormark ,K.M.et. al .,1995, OP. Cit , PP.571-584)

٥- تأثير المثيرات على المدمن :

١- زيادة الرغبة للتعاطي — Increased urge to use

٢- زيادة افراز اللعاب — Increased Salivation

٣- زيادة النشاط الكهربي للجلد — Increased Electrodesmal Activity

٤- زيادة ضربات القلب — Increased Heart Rate

٥- انخفاض الاسترخاء — Increased Decreased Relaxation

٦- زيادة التوتر — increased Tension

٧- زيادة الاستثارة — Increased irritalility

إلى غير ذلك من الاعراض التي تظهر على المدمن ، أو المتوقف أو المعتدل حين تأثره بمثير او بآخر. (Ibid)

فضلاً عن ذلك فإن زيادة التأثير أو انخفاضه يتوقف على عدة

عوامل منها:

١- شدة المثير .

٢- موقف الشخص من المثير نفسه .

٣- نوع الجلسة (جلسة ودية Friendly Setting ، أم غير ودية؟ Unfriexndly Stetting).

٤- المكان .. هل هو مكان عام أم خاص ، بار Bar أم منزل؟ Home.

٥- نوع الصحبة .. هل هم أصدقاء ، واقران Peers أم غرباء؟ Strangers .

٦- مدى واقعية المثير هل هو حقيقي Real ، أم تخيلي؟ Imaginal ، أم وهمي؟ Placebo .

٧- حجم المثير ، وكمه ، وكيفه Quality & Quantity .

٨- التوقعات قبل الاستخدام Pre Use Expectations فهي تؤثر في العائد Outcome بعد الاستخدام ..الخ.

٩- مدى الالفة بالمثير.

(Fromme, K. &Dunn, M.E. , 1992, PP. 167-177)

٦- تقسيمات المثيرات :

توجد عدة تقسيمات للمثيرات منها :

أ - تقسيم المثيرات وفقاً للاستقبال الحسي :

١- مثيرات بصرية .... Vissual Cues

٢- مثيرات سمعية .... Auditory Cues

٣- مثيرات تذوقية .... Gustatory Cues

٤- مثيرات شمية .... Olfactory Cues

٥- مثيرات لمسية .... Tactile Cues

ب ـ تقسيم المثيرات وفقاً لوجهة التأثير:

١- مثيرات داخلية .... Internal Cues

٢- مثيرات خارجية.......................... External Cues

والمثيرات الخارجية مثل رؤية العقار ، أما المثيرات الداخلية مثل حالات المزاج كالشعور بأعراض انسحابية مشابهة Withdrawal Like symptoms أو الشعور بحالة اكتئاب والتي تعد من اشد حالات أثارة الارتكاس ، ثم يليها الغضب.

(Childress , A .R. et. al ., 1994, OP. cit , P 17-23)

أ ـ المثيرات البصرية

Vissual Cues

وهي المثيرات التي تتعامل مع حاسة البصر ، وهي كثيرة، ومتنوعة ، ومتعددة ، وسوف نلقي الضوء عليها بايجاز غير مخل.

١- المثيرات المتعلقة بأدوات التعاطي :

Drug Adminstrative & Paraphernalia Cues

وتعد تلك المثيرات من فئتي المثيرات البصرية ، واللمسية ، وهي تختلف باختلاف الشخص ، ومدى استعماله لها ، وتختلف من مكان لآخر ، ومن ثقافة لأخرى ، وايضاً تختلف باختلاف العقار المستخدم نفسه ، فلكل عقار الادوات الخاصة به، ومع ذلك فهناك بعض الأدوات التي يشيع استخدامها مع أكثر من عقار وهكذا.

أ ـ مثيرات الأدوات الخاصة بالهيروين:

Heroin Tools Cues

١- حقنة ، أو محقن	Syringe, Needle
٢- ورق معدني	Aluminium Foil
٣- نار ، ولعة ، ولاعة (قوية أو مكسورة)	Flame (Match, Lighter)
٤- ملعقة	Spoon
٥- شمعة	Candle
٦- فلتر سيجارة	Cigarette Filter
٧- مصاص	Sucker
٨- رباط مطاطي	Rubber Bandage
٩- مسحة طبية	Medical Swab
١٠- كيس نايلون صغير	Small Naylon Bag
١١- شفرة أو نصل	Blade

إلى غير ذلك من الأدوات التي يمكن استخدامها بغرض تسهيل عملية تعاطي الهيروين عن طريق الحقن ، أو الشم.

ب ـ مثيرات الأدوات الخاصة بالكحوليات:

Alcohol Tools Cues

١- قارورة ماء (يخفف الخمر بالماء احياناً ، أو يوضع الخمر في قارورة ماء للتمويه)	Water
٢- مكعبات ثلج (لتبريد الخمر)	Ice Cubes
٣- جركن (لتخمير الخمر)	Jerkwater
٤- كؤوس معينة أو أقداح معينة	Certain Glasses
٥- المزة (مثل السلطات ، المكسرات ، المقليات الفرنسية ، اللحوم)	Chips

جـ - مثيرات الأدوات الخاصة بالحشيش ، والماريجوانا:

Hashish & Marigiwana Tools Cues

١- علبـة كـبريت (يشـاع وضـع أوراق الماريجوانا في علب الكبريت)	Match Bag
٢- فحم	Coke
٣- سيجارة	Cigarette
٤- شفرة أو نصل	Blade
٥- شيشة ، أرجيلة ، نارجيلة ، أركيلة .	Narghile, Water Pipe
٦- البايب	Pipe

د- مثيرات الادوات الخاصـة باستنشـاق المذيبـات ، والمـواد الطيارة:

Inhalants , Solvents , Sniffing & Volatile Oils Or Nittates

١- بخاخ طلاء	Painting Spray
٢- علبة مرطبات (توضع بها المادة للتمويه)	Pepsi Tin
٣- أنبوبه غراء لاصق	Glue Stick Tube
٤- كحول معطر	Liquor
٥- مواد لاصقة	Model Cement
٦- سوائل منظفات	Cleaning Fluid
٧- مزيلات طلاء الاظافر	Nail Polsh Remover
٨- الأوعية الخاصة بكل من	
أ - الاسيتون	Acetone
ب - كيروسين	Kerosene

جـ - جازولين	Gasoline
د - الجاز	Gas
هـ - البنزين	Benzine
و - التنر	Thinner

٢- المثيرات المتعلقة بمادة التعاطي :

Substance Related Cues

وتعد تلك المثيرات من فئة المثيرات البصرية أساساً ويمكن أن تنتمي إلى فئتي المثيرات اللمسية ، والشمية ايضاً.وهي كثيرة ، ومتعددة ، وتختلف ايضاً باختلاف نوع العقار ، وما اذا كانت المادة اصلية ، أو مشابهة ، او ما اذا كانت المادة اساسية ، او مضافة.

أ - تقسيم المادة من حيث الطبيعة

أصلية Original		شبيهة Non Original
- الهيروين	Heroin	رؤية أو لمسٌ أو شم بودرة مشابهة مثل المكياج Make Up Powder.
- الكوكايين	Cocaine	رؤية أو لمسٌ أو شم أي بودرة مشابهة ، مثل الدقيق Flowr، والسُكّر الناعم Soft Sugar.
- الحشيش	Hashish	رؤية أو لمسٌ أو شم أي مادة مشابهة ، مثل الشيكولاته Chocolates .
- الماريجوانا ، والقات	Marigiwana & Cat	رؤية أو لمسٌ أو شم أي مادة مشابهة ، مثل أوراق النباتات الخضراء GreenPlant Leaves

– أقـــــراص الامفيتامينـــــات ، والباربيتورات Amphetamines &Barbiturates	رؤية أو لمسُ أو شم أي أقراص أو كبسولات مشابهة مثل أقراص الدواء . Medicated Tablets
– الكحول Alcohol	رؤيــة أو شــمُ أو لمــسُ أي ســوائل مشــابهة مثــل شــراب غــير المـــاء Beverage أو أي سائل ملون Coulered Fluids أو الكولونيا Cologne أو الروائح والعطور Perfume

إلى غير ذلك ، حيث يمكن أن تحدث الاستجابة لتلك المثير ات سواء اكانت اصلية ام مواد مشابهة . كما يوجد تقسيم آخر لتلك المواد باعتبارها أما مواد اساسية أم اضافية .

ب ـ تقسيم المادة من حيث اساسية الاستخدام

أساسية Initial & Basic	مضافة Additive
– الهيروين Heroin	– الليمون Lemon
– الكحول Alcohol	– ملح الليمون Citric Acid Salts
	– سلتزر Seltzer وهو ماء معدني فوار .

(Payne, T.J.et. al . , 1992, P. 210)

– صودا Soda

– كولا Cola

– ماء Water

– ثلج Ice

– خميرة Ferment, Leaven

ويوجد تقسيم آخر وفقاً لكون المادة خام أم جاهزة مثل:

جـ - تقسيم المادة من حيث التجهيز

مجهزة	خام
Made Material	Raw Material
- الكحول Alcohol	Fruites الفواكه
	Raisins الزبيب
	Ferment, Leaven الخميرة

وغير ذلك من المثيرات التي تتعلق بمادة التعاطي فضلاً عن كونها اصلية أو غير أصلية (بلاسيبو) Placebo .

٣- المثيرات البصرية الأخرى: Other Vissual Cues

- رؤية الأوردة في حالة جيدة	Healthy Veins
- رؤية الأوردة في حالة استخدام	Unhealthy Veins
- رؤية السيارة التي أعتاد التعاطي فيها.	The car of use
- رؤية السيجارة منتفخة	Big Cigarette
- رؤية شريط فيديو عن العقاقير	Drug related Video Cassette
- رؤية صورة العقاقير	Drug Related pictures & Slides
- رؤية متعاطين	Drug Users
- رؤية أحتفال خاص	Special Party or Occassions
- رؤية رفقاء التعاطي	Drug use peers
- رؤية مدمن سابق ينتكس	Sight of ex addict is relapsing
- رؤية متعاطين في حالة سطله	Intoxicated or High users
- رؤية تغيرات الطقس	Weather Changes
- رؤية الصيدلية	Pharmacy
- رؤية اماكن التعاطي والبيع	Drug Related Places
- رؤية دم على ملابس	Blood on clothes

- رؤية حروق على ملابس Fire Mark on Clothes

- رؤية بائع العقار Drug Dealer

- رؤية غيم السماء والمطر Gray Sky & Rain

- رؤية ملابس الاستخدام القديمة Old use Clothes

- رؤية ألوان معينة Certain Colours

- رؤية الشرطي Policeman

- رؤية شخص معين من الجنس الآخر. Other sex Person

- رؤية مدينة معينة مثل مدمن القمار Gambler حيث توجد بعض المدن المثيرة لـه خاصـة فـي امريكا مثل : رينو Reno ، ونيفادا Nevada .

(Marlatt, G. A.& Barrett, K.,1994, P. 291)

- رؤية جزء معين من شارع أو ركن معين منه Particular Street Corner (Childress,A.R.et.al ,.1994,PP.17-23)

ب - المثيرات الشمية : Olfactory Cues

وهي أيضاً كثيرة ومتعددة ، وتعتمد على حاسة الشم مثل:

- شم أي رائحة نفاذة Penetrating Smell

- شم رائحة الكبريت Smell of Matches (Ibid)

- شم أي رائحة مشروطة لدى المدمن Conditioned Smell

- شم رائحة العقار نفسه..مثل شم رائحة الكحول ، أو الحشيش، او حتى الهيروين فإن الهيروين النيء أي غير المطهي له رائحة تشبه رائحة الخل ، أما الهيروين المطهي فله رائحة تشبة رائحة عادم السيارة إلى حد ما.

جـ - المثيرات السمعية: Auditory Cues

وهي كذلك متعددة وكثيرة ، وتعتمد على حاسة السمع مثل:

- سماع أي اصوات معينة أو مشروطه	Cestain or Conditioned Sounde
- سماع صوت الجنس الآخر.	Other Sex Voice
- سماع موسيقى معينة	Certain Music
- سماع صوت آله موسيقية معينة مثل المزمار	Pipe
- سماع صوت معين عبر الهاتف	Phone Call
- سماع الحديث عن العقاقير	Certain Drug Related Talks
- سماع اغاني معينة	Certain Songs

إلى غير ذلك من المثيرات التي يمكن التأثر بها من خلال حاسة السمع لدى المدمن المتوقف ، أو المعتدل .

د - المثيرات التذوقية : Gustalory Cues

وتشمل كل المثيرات التي تؤثر على المتوقف أو المعتدل عبر حاسة التذوق مثل:

- تذوق ما هو مر المذاق - تذوق ما هو لاذع المذاق.

أو غير ذلك ، وتعد هذه المثيرات في بعض الاحيان أقل قيمة أو تأثيراً مقارنة بالمثيرات الاخرى خاصة المثيرات البصرية .

هـ - المثيرات اللمسية : Tactile Cues

تعد المثيرات اللمسية أيضاً أقل قيمة عن المثيرات البصرية ، شأنها في ذلك شأن المثيرات التذوقية . وتعتمد المثيرات اللمسية على حاسة اللمس ، وتشمل كل المثيرات التي تحدث أثراً من خلال لمس أي شئ يتصل من قريب أو بعيد إلى العقاقير مثل لمس مادة ناعمة Soft ، أو خشنة Hard ، أو غير ذلك.

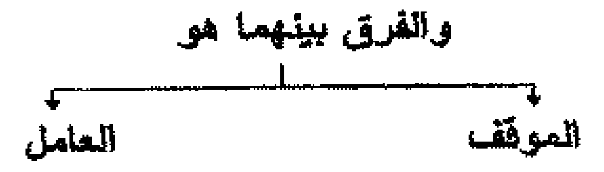
المواقف ، والعوامل ذات الخطورة العالية للارتكاس:
High Risk Situation&Factors for Relapse

١ - التعريف :

ويمكن تعريفها بأنها كل موقف أو عامل يحمل ، أو يتضمن تهديداً كبيراً للمدمن المتوقف ، أو المعتدل ، وخطورة عالية لأمكانية حدوث الارتكاس له .

٢ - الفرق بين الموقف، والعامل :

والفرق بينهما هو



الموقف	العامل
عياني ملموس	مجرد
يتضمن تهديداً مباشراً في العادة	يمكن أن يتضمن تهديداً غير مباشر
شعوري في الغالب	يمكن أن يكون تحت شعوري أولاً شعوري
أكثر سهولة في التحاشي	أقل سهولة في التحاشي
مثير للعامل	قد يثير الموقف
قد يحتوى على مثيرات واضح لدى الفرد	في الغالب لا يحتوى على مثيرات غير واضح لدى الفرد

و الموقف ، والعامل كلاهما مركب ليس بالبسيط ، ويحتوى كلاهما على حجم ضغط عالي على مشاعر المدمن المتوقف أو المعتدل واحاسيسه ، ورغباته ، واعصابه ، وفي العادة يشعر بالتوتر ، والانزعاج ، والإضطراب من جراء تعرضه لأي منهما.

٣- التصنيف :

للمواقف ، والعوامل تصانيف عديدة ، وصنوف شتى، تختلف باختلاف المدرسة العملية ، أو النظرية العلمية التي تكون خلف التصنيف ، والميدان ملئ بالدراسات التي اجريت في هذا الصدد نعرض الآن لاكثرها جدية على سبيل المثال لا الحصر.

ففي عام (١٩٨٠) قام كل من مارلات Marlatt,G.A. بالاشتراك مع جوردون Gordon, J.R. بتصنيف مسببات الارتكاس والعوامل ، والمواقف المؤدية إليه إلى فئات ثلاث هي :

١- الحالات الانفعالية السالبة Negative Emotional States

٢- الضغط الاجتماعي Social Pressure

٣- الصراعات بين الشخصية Interpersonal Conflicts

(Marlatt, G.A.&Gordon , J.R. , 1980, PP. 410-452)

وفي العام ذاته قاما بالاشتراك مع كيومنجز Cummings , C. بدراسة على (٣١١) حالة ارتكاس (فئات ادمان مختلفة) واسفرت النتائج عما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (١)

نتائج دراسة مارلات مع آخرين (١٩٨٠) للعوامل المؤدية للارتكاس.

الموقف المرتبط بالارتكاس	كحوليون ن = ٧٠	مدخنون ن = ٦٤	مدمنوا هيروين ن = ١٢٩	مقامرون ن = ١٩	مفرطي الطعام ن = ٢٩	جملة ن = ٣١١
المحددات القبلية الحالات الانفعالية السالبة	٣٨٪	٣٧٪	١٩٪	٤٧٪	٣٣٪	٣٥٪
الحالات الفيزيقية السالبة	٣٪	٢٪	٩٪	—	—	٣٪
الحالات الانفعالية الموجبة	—	٦٪	١٠٪	—	٣٪	٤٪
اختبار القدرة على التحكم الشخصي	٩٪	—	٢٪	١٦٪	—	٥٪
المحفزات والرغبات والإغراءات	١١٪	٥٪	٥٪	١٦٪	١٠٪	٩٪
جملة	٦١٪	٥٠٪	٤٥٪	٧٩٪	٤٦٪	٥٦٪
المحددات النفسية (بين الشخصية) الصراعات بين الشخصية	١٨٪	١٥٪	١٤٪	١٦٪	١٤٪	١٦٪
الضغوط الاجتماعية	١٨٪	٣٢٪	٣٦٪	٥٪	١٠٪	٢٠٪
الحالات الانفعالية الموجبه	٣٪	٣٪	٥٪	—	٢٨٪	٨٪
جملة	٣٩٪	٥٠٪	٥٥٪	٢١٪	٥٢٪	٤٤٪

(Marlatt, G. A&Gordon, J.R,1985, P.39)

ويتضح من الجدول السابق أن المحددات البيئية قد ساهمت بنسبة (٥٦٪) بينما ساهمت المحددات النفسية بنسبة (٤٤٪) من مسببات الارتكاس . وإن المحددات النفسية لدى مدمني الهيروين أكثر دلالة من المحددات البيئية ، حيث أن النسبة المئوية لدلالة المحددات البيئية هي (٤٥٪) فقط بينما كانت النسبة المئوية لدلالة المحددات النفسية هي (٥٥٪).

وفي عام (١٩٨٥) استقر مارلات وجوردون على التصنيف التالي للعوامل المؤدية للارتكاس:-

أولاً: المحددات البيئية:

Intrapersonal Environmental Determinants

أ ـ التأقلم مع الحالات الانفعالية السالبة

Coping with negative emotional states

أ ـ١ـ الاحباط و(أو) الغضب Frustration &or Anger

أ ـ٢ـ حالات انفعالية سالبة اخرى

Other negative emotioal states

ب ـ التأقلم مع الحالات الفيزيقية الفيزيولوجية السالبة

Coping with negative physical -physiologic states

ب ـ ١ـ حالات فيزيقية مرتبطة باستخدام عقاقيري سابق

Physical states associa ted with Prior use

ب ـ ٢ـ حالات فيزيقية سالبة أخرى

Other negative physical states

جـ ـ تعزيز الحالات الانفعالية الموجبة

Enhancement of positive emotionnal states.

د - قياس الضبط الشخصي Testing personal control

هـ - التعرض لمحفزات أو اغراءات التعاطي

Giving in to temptations or urges

هـ -١- في حالة وجود مثيرات العقاقير

In the presence of substance cues

هـ - ٢- في حالة عدم وجود مثيرات العقاقير

In the abstance of substance cues

ثانياً : المحددات بين الشخصية:

Interpersonal Determinants

أ - التأقلم مع الصراعات بين الشخصية

Coping with interpersonal Conflicts

أ -١- الاحباط و (أو) الغضب Frustration &or Anger

أ -٢- حالات صراع بين شخصي اخرى

Other interpersonal conflict

ب - الضغط الاجتماعي Social Pressure

ب -١- ضغط اجتماعي مباشر Direct social pressure

ب -٢- ضغط اجتماعي غير مباشر

Indirect social pressure

جـ - تعزيز الحالات الانفعالية الموجبة

Enhancement of positive emotional states

(Marlatt,G.A&Gordon,J.R.,1985,OP.Cit.PP.80-81)

أولاً : المواقف المتعلقة بالحالات المزاجية:

Mood States As High Risk Situations

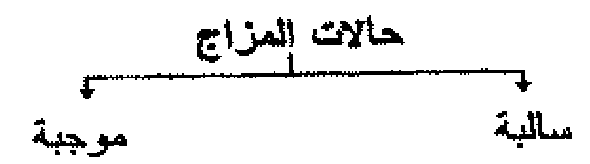
إن المواقف الخاصة بالحالات المزاجية باعتبارها مواقف ذات خطورة عالية بالنسبة للارتكاس تعد كثيرة ، ومتعددة ،

وذات فعالية كبيرة في أحداث الارتكاس والدراسات الدالة على ذلك أيضاً كثيرة ، ومتعددة .. ففي انجلترا - على سبيل المثال - ...صل نيك هيثر .Heather , N مع آخرين عام (١٩٩١) في ...اسة لاسباب الارتكاس على عينة قوامها (٩٣) مدمناً للهيروين ...ى أن (٤١٪) من أفراد العينة قد أقروا بأن سبب الارتكاس هو الحالات المزاجية خاصة السالبة Negative.

(Heather N.et . al ., 1991, PP. 41-49)

وفي عام (١٩٩٢) اجريت دراسة اخرى في لندن بوساطة يونيثان .Unnithan,S مع آخرين على عينة من مدمني الهيروين قوامها (٤٢) مدمناً حيث اسفرت النتائج ايضاً عن أن استمرار حالات المزاج السلبي تعد من أكثر المواقف الحرجة ، والمتعلقة بحدوث الارتكاس. (Unnithan,S.et.al.,1992,PP.654-657)

هذا مما لا يدع مجالاً للشك في مدى تأثير تلك المواقف على الارتكاس ، وهذه المواقف تنقسم فيما تنقسم إلى :



أ - حالات المزاج السالبة: Negative Mood States

١- الشعور بالغضب Anger والثورة ، والتبرم .

٢- الشعور بالحزن Sadness ، والاكتئاب Depression

٣- الشعور بالذنب ، والاثم Guilt

٤- الشعور بالاحباط Frustration ، واليأس.

٥- الشعور بالخجل ، والعار Shame

٦- الشعور بالأسف الذاتي Self - Pity

٧- الشعور بالملل Boredom

٨- نقص السيطرة على الانفعالات ، والاندفاعية الانفعالية Emotional Impulsivity

٩- الشعور بحالة جوع ، وجداني للعقار Emotional Hunger for Drug

١٠- الضيق ، وعدم الارتياح وعدم الاستقرار Restlessness

١١- الشعور باللامبالاة ، وعدم الاكتراث. Carelessness

١٢- الشعور الغيرة Jealousy

١٣- االشعور بالظلم ، والقهر. Fairlessness

(Daley , D.C., 1989, OP . Cit, P.P. 4-5)

١٤- الشعور بالقلق Anxiety ، والعصبية Nervousness ، والتوتر Tension ، والاستثارة Irritability وهذا ما أثبتته ليندا لابونتي .L.P, Labounty في دراستها مع آخرين في جامعة منيسوتا الأمريكية عام (١٩٩٢) حيث وجدت أن مدمني الكحول ذوي المعاناة من اضطرابات القلق أكثر تسجيلاً للارتكاس مقارنة بغيرهم.

(Labounty , L.P.et.al., 1992, PP. 9-15)

١٥- الشعور بالخوف ، Fear ، والهلع Panic ، وهذه الحالات الانفعالية المزاجية السلبية تدفع إلى تسجيل حالات ارتكاس أكثر، وهذا أيضاً ما توصلت إليه ليندا لا يونتي في دراستها سالفة الذكر. (Ibid)

١٦- الشعور بالاستياء من اوقات الفراغ Time Zones Leisure Time وهذا ما أكده كل من لانج وماكيون (١٩٨٩).

(Lange,W.R.&McCune,B.A.,1989,OP.Cit.,PP.37-51)

١٧- التقلبات المزاجية Mood Swingings وهذا ايضاً ما ايدته الدارسة السابقة التي اجراها لانج وماكيون. (Ibid)

ب - حالات المزاج الايجابي: Positive Mood States

أي الشعور بالسيادة أو الضبط Sense of Mastery or Control في الموقف ، فاذا نجح الفرد في تخطي أزمة موقف مخاطرة ارتكاس .. فإن ما يشعر به هو شعوراً موقفياً لأنه احياناً يخلق في نفس المريض المتوقف قلقاً من المواقف القادمة والتالية.. ويخلق لديه تساؤلاً: هل يستطيع مجابهة موقف مشابه في المستقبل بنجاح ؟ كذلك يخلق فيه احساساً بالفخر الذي ينتج عنه أحياناً رغبة في الاثابة Reward لذاته التي اجتازت الموقف الحرج بسلام ، وافضل مكافأة في كثير من الاحيان هي استخدام جرعة من العقار المفضل . وقد يحدث الارتكاس نتيجة الثقة الزائدة Overconfidence.

(Martatt, G.A, 1985, op, cit , p.40)

هذا مما يدل على أن الارتكاس يحدث نتيجة متعلقات شخصية قوية داخلية قريبة إلى الذات ، ومتعلقة بالانفعال والوجدان ، والمزاج ، وهذا ما يؤيده سميث Smith, J.W. مع آخرين (١٩٩١).

(Smith , J. W. et. al . , 1991, PP. 371-375)

ثانياً: مواقف الضغوط الاجتماعية ، وعواملها:

Social Pressures

أن الضغط الاجتماعي ، والتأثير الاجتماعي Social Influence من العوامل المهمة ، أو المواقف ذات الخطورة العالية للارتكاس ، وبرغم أن لدينا تحفظاً على ما يزعمه ميلر Miller,N.S. (١٩٨٩) من أن شرب الخمر وحده ــ على سبيل المثال - ليس مدعاة للإدمان ، ولكن ضغوط الحياة الاجتماعية هي التي تسبب الادمان والارتكاس وتطور المشكلات المرتبطة بهما.

(Miller, N.S, 1989, PP.339 - 343)

فإننا نتفق معه على الأقل في أن الضغوط الاجتماعية تلعب دوراً حثيثاً في ذلك. وكما سبق وأن أوضحنا من خلال دراسة مارلات، وجوردون ، وكيومنجز (١٩٨٠) ان الضغوط الاجتماعية قد ساهمت بنسبة (٢٠٪) من حيث تأثيرها على الارتكاس.

(Marlatt,G.A&Gordon,J.R.,1985,OP.Cit, P.39)

كذلك توصل نيك هيثر مع آخرين (١٩٩١) في انجلترا إلى أن الضغوط الاجتماعية قد ساهمت بنسبة (٢٨٪) من حيث كونها أحد العوامل المهمة للارتكاس .

(Heather , N.et.al , 1991, OP. Cit , PP. 41-49)

وفي سان فرانسيسكو أكد كارمودي (١٩٩٢) بناء على نتائج دراساته إلى إن الضغوط ، والتأثيرات الاجتماعية لها دورها الفعال في حدوث الارتكاس .

(Carmoody, T.P.,1992, OP. Cit , PP. 131-158)

والمواقف ، والعوامل المتعلقة بالضغوط الاجتماعية المباشرة ، وغير المباشرة كثيرة ، ومتعددة نذكر منها بعضها على النحو التالي:

تقسيم المواقف ، والعوامل الخاصة بالضغوط الاجتماعية

أ ـ المواقف	ب ـ العوامل
١- دعوة إلى حفلة	١- وجود متعاطي آخر في الأسرة
٢- دعوة إلى مكان خاص	٢- حصار الأسرة ومراقبتها للمريض
٣- التواجد مع متعاطين	
٤- ضغط الرفاق	
٥- التواجد مع أشخاص في حالة تعاطي	
٦- مواقف المجاملات الاجتماعية	
٧- الحديث عن العقاقير	
٨- الالتقاء بأصدقاء جدد للتعاطي	
٩- الرحلات ، والأسفار	
١٠- التواجد في مناخ جديد	
١١- التواجد مع أفراد من الجنس الآخر	

أ ـ المواقف :

١- دعوة إلى حفلة: Party

مثل الحفلات الترفيهية ، أو حفلات الزفاف وأعياد الميلاد ، أو حفلة لمناسبة خاصة ...الخ. وقد تتضمن تلك الحفلة أناساً متعاطين ، أو عقاقير معينة مثل الكحوليات أو الحشيش ، أو المخدرات ، أو المنشطات...الخ أو حتى قد تستثير ذكريات معينة

في خاطر المريض المتوقف قد تدفع به إلى الارتكاس مرة أخرى.

٢- دعوة إلى مكان خاص (بار ، نادي ، ملهى ...الخ)

٣- التواجد مع أشخاص يتعاطون .

٤- عرض العقار من قبل الآخرين (ضغط الرفاق).

Peer Perssure

٥- التواجد مع أشخاص في حالة خدر أو نشوة Intoxicated or High من تأثير العقار المستخدم. وفيما يتعلق بالعوامل الثلاثة الأخيرة فإن يونيثان مع آخرين قد أكد على أهمية تلك العوامل من خلال الدراسة التي قاموا بها في لندن عام (١٩٩٢) حيث أسفرت تلك الدراسة عن أن أكثر المواقف الحرجة ، والمسببة للارتكاس هي الالتقاء بأصدقاء مدمنين باستمرار ، والحصول على العقار بسهولة ويسر عن طريق عرض الآخرين.

(Unnithan , S.et.al. ,1992, op, cit., PP. 654-657)

٦- المجاملات الاجتماعية.

٧- تبادل الحديث عن نشوة العقار مع آخرين (الاستمتاع بالحديث أو الاستماع له).

٨- الانتقال إلى مكان عمل آخر، أو وظيفة أخرى ، وقد يتضمن الموقف الالتقاء بزملاء تعاطي جدد ، أو عرض عقاقير جديدة على المتوقف.

٩- الرحلات ، والتنقلات ، والأسفار للداخل ، والخارج International Travels لقضاء الاجازات والعطلات ...الخ

وهذا ما توصل إليه كل من لانج .W.R , Lange وماكيون Mclune, B.A. (١٩٨٩) في بالتيمور.

(Lange,W.R.&Mclune,B.A,1989,OP.Cit PP.37-51)

١٠- التواجد في مناخ جديد New Climate (مثل مناخ عمل جديد ، مناخ أسرى جديد ، مناخ سكني جديد ، وهذا ما توصل إليه ايضاً لانج ، وماكيون (١٩٨٩). (Ibid)

١١- التواجد مع أفراد من الجنس الأخر ، وهذا ما توصل إليه ماكورتر .Mcwhorter, W.P مع آخرين (١٩٩٠) في انجلترا.

(Mcwhorter, W.P. et. al., 1990, PP. 1399-1405)

وهذا ما توصل إليه ايضاً بوليرود Bollerud, K (١٩٩٠)

(Bollerud, K., 1990 , PP. 83-87)

ب . العوامل :

١- وجود فرد آخر متعاطي في الأسرة ... من شأنه أيضاً أن يؤثر في ارتكاس المريض المتوقف ..لأن تعاطي فرداً في الاسرة يمكن أن يوفر عامل التشجيع الاجتماعي للمتوقف ، ويمكن أن يؤثر هذا الشخص على المريض المتوقف باعادة اغرائه مرة ومرات ، وموقف الاسرة ايضاً يؤثر هنا ، واعتقاد المتوقف بانه لماذا يتحتم عليّ أنا أن أقلع وأخي لم يقلع بعد (على سبيل المثال) ولذلك يعد هذا العامل عاملاً مؤثراً في الارتكاس لدى المتوقف .

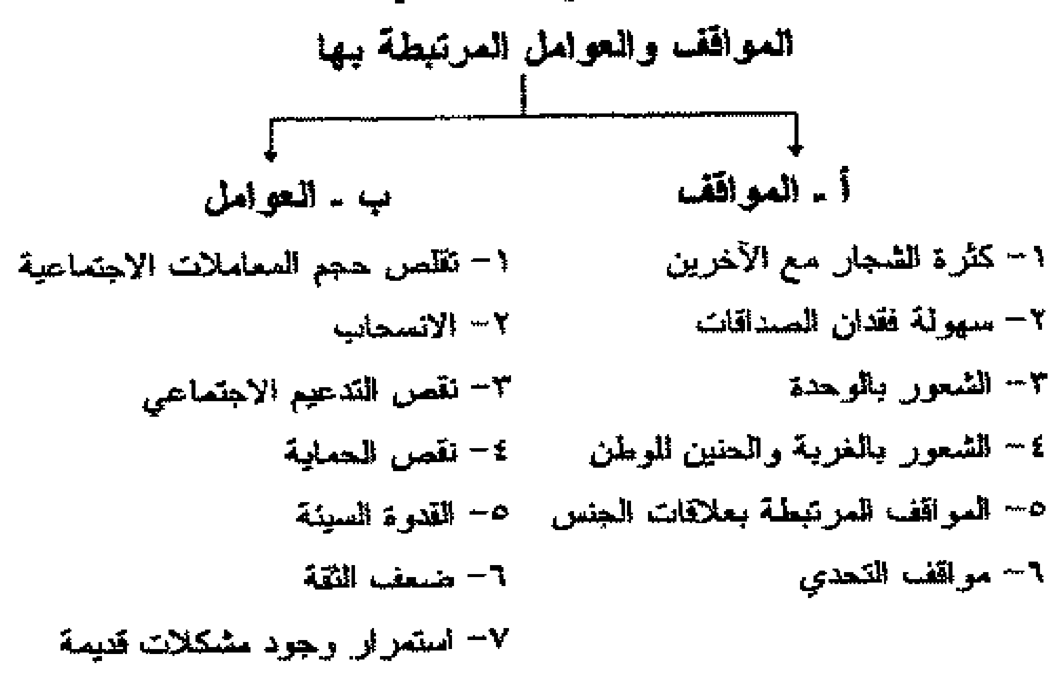
٢- حصار الاسرة للمريض المتوقف ، والمراقبة المستمرة له ، ولتصرفاته ، وتقييد حريته ، والشك المستمر فيه ، وفي أي سلوك يصدر عنه ، وسؤ معاملته ، ولومه المستمر ، وتعمد أحراجه امام

الناس الآخرين .. كل هذا من شأنه أن يضغط اجتماعياً ، ونفسياً على المتشافي فيحدث الارتكاس.

ثالثاً: مواقف مشكلات العلاقات الاجتماعية ، وعواملها:

Social Relationship Problems

وقد تندرج احياناً تلك الفئة ضمن فئة الضغوط الاجتماعية، وهي تعبر عن المواقف ، والعوامل ذات العلاقات المضطربة والمتوترة ، والتصدع الاجتماعي .



أ ـ المواقف:

١- كثرة الشجار ، والنقار ، والاختلاف الغاضب مع الآخرين مع Hassles.

٢- سهولة فقدان الصداقات ، أما لتقصير من قبل المتوقف ، أو لرغبة الأصدقاء في انهاء العلاقة .

٣- الشعور بالوحدة Loneliness ، وفقدان الانيس ، والونيس ، والجليس ، والمشارك Partener أو الشريك .. وقد ينسحب هذا أيضاً على شعور المتوقف بالوحدة حتى وسط الآخرين مما يشكل ضغطاً عليه يدفعه أحياناً إلى أختيار العقار باعتباره صديقاً له في وحدته ، وشريكاً له في عزلته.

٤- الشعور بالغربة ، والاغتراب Alienation ، والحنين للوطن Home Sickness خاصة للمتوقفين في مناطق الغربة ، والسفر. فقد تدفعهم تلك المشاعر النفسية الاجتماعية إلى سلوى العقار مرة أخرى خاصة إذا ما فشلوا في التأقلم مع المواقف الجديدة في الأرض البعيدة ...وها ما أثبتته دراسة كل من لانج وما كيون (١٩٨٩).

(Lange,W.R&McCune,B.A.,1989,op. cit,PP.37-51)

٥- المشكلات المرتبطة بالجنس Sex Problems حيث من الممكن أن يشعر المريض المتوقف عن التعاطي بالخوف من عدم قدرته على اللقاء الجنسي الناجح بشريكه دون عقار ، أو الخوف من العنة Impotence أو الضعف الجنسي ، أو القذف المبكر ، أو عدم القدرة على امتاع الشريك ، أو حتى سلوكيات جنسية غير مناسبة Inappropriate Sexual Behaviors .

٦- المواقف التي تحتوى على مشكلات التحدي Challenge حيث يتراءى للمريض المتوقف أن الآخرين يقفون منه موقف التحدي ، والتهديد ، ويحاولون السيطرة عليه.. فهذا من شأنه أن يخلق داخله استجابة تمرد ، وثورة ، وعصيان واحياناً عقاب ..

فيقدم على الارتكاس رفضاً للتحدي ، ورفضاً للسلطة (سواء سلطة الأسرة ، أم سلطة العمل ، أم سلطة المؤسسة العلاجية..الخ) .. وكذلك الحال بالنسبة للتمرد Mutiny.

(Marlatt, G.A. , 1985,Op.Cit., P. 48)

ب ـ العوامل :

١- تقلص حجم المعاملات الاجتماعية : حيث يجد المتوقف نفسه في حالة خسارة اجتماعية مستمرة ، مفتقداً يوماً بعد يوم من يحادثه ، ومن يفهمه ، وهذا قد يدفعه للارتكاس ثانية.

٢- الانسحاب: Withdrawal حيث يبدأ المتوقف احياناً بالانسحاب عن الآخرين كلية ، وتفضيل الخلوة مع الذات ، واعتزال الآخرين .. والمغالاة في ذلك قد تدفع به أيضاً إلى الإرتكاس وهذا ما توصل إليه كارمودي (١٩٩٢).

(Carmody, T. P. , 1992. op.cit PP. 131-158)

٣- نقص التدعيم الاجتماعي: Lack of Social Support وهذا ما تأكد لباربر .Barber, J. G من خلال دراسته (١٩٩٢) حيث أن نقص التدعيم الاجتماعي من الأسرة ، والأصدقاء الأوفياء ، وزملاء العمل ، والجيران ، والمستشفى ، والنادي ، والمجتمع ككل يؤدي إلى الأرتكاس.

(Barber,J.G.,1992,PP.157-158)

٤- نقص الحماية: Lack of Protection من الآخرين يؤدي ايضاً إلى الإرتكاس سواء اكانت هذه الحماية نفسية ، أو اجتماعية وتعني تعضيد المريض المتوقف عن التعاطي ومؤازرته ،

ومساندته ، ووقايته وهذا ما توصل إليه جوسوب .Gossop,M مع آخرين في دراسة أجريت لهم في لندن (١٩٩٠).

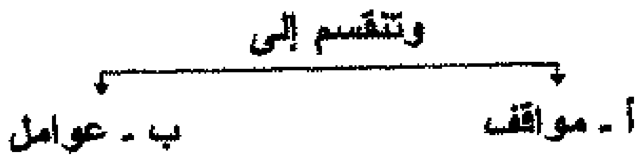
(Gossop, M. et. al., 1990, PP. 209-216)

٥- القدوة السيئة: Bad Model وهي ايضاً تعد من العوامل المؤثرة ، والمؤدية للارتكاس نظراً للتقليد، والمحاكاة ، والإقتداء.

٦- ضعف الثقة من قبل الآخرين: Lack of Trust قد يدفع بالمتوقف إلى الإرتكاس اعتقاداً منه بتساوى ضعف الثقة في الحالين حال التوقف ، وحال الاستخدام والتعاطي.

٧- استمرار المشكلة ، أو المشكلات القديمة التي أدت إلى التعاطي في السابق ، وازديادها مما يجعلها تدفع بالمتوقف إلى الإرتكاس .

رابعاً : المواقف والعوامل ذات الطبيعة الجثمانية:



أ ـ مواقف

١- الاصابة بمرض مفاجئ (حاد/ مزمن)
٢- الصداع
٣- الحمل
٤- إضطراب النوم
٥- تناول دواء يحتوى على عقاقير
٦- الاصابة بمرض خطير (وبائي)
٧- فترة الأعراض الانسحابية
٨- التعب والإجهاد

ب ـ عوامل

١-الشعور بحاجة الجسم للعقار
٢-نقص القدرة على تحمل الألم

أ - المواقف :

١- الإصابة بمرض مفاجئ (حاد / مزمن) :

وقد يكون ناتجاً عن التعاطي ، أو غير ذلك ، حيث يدفع بالمريض المتشافي إلى الإرتكاس لتخفيف حدة المعاناة الحادثة.

٢- الصداع (نصفي - كلي - حاد - مزمن):

ويعد الصداع من الأعراض الموقفية كثيرة التكرار ، والتواتر ، والشيوع لدى عديد من المرضى المتوقفين عن التعاطي.. وقد يلجأ بعضهم إلى الإرتكاس تخلصاً من هذا الصداع.

٣- الحمل : **Pregnancy**

وهو أحد المواقف المؤثرة في حدوث الإرتكاس لدى نسبة غير قليلة من النساء ، فلقد توصل كوين Quinn, V.P. مع آخرين (١٩٩١) من دراستهم إلى أن حوالي (٢١٪) من النساء الحبالى يرتكسون بالعودة إلى التدخين مرة أخرى بعد فترة توقف تلقائي ، ويكون الإرتكاس قبيل الولادة بفترة وجيزة .

(Quinn, V.P. et.al . , 1991, PP. 29-40)

٤- اضطراب النوم : **Sleep Disturbance**

ويعد من المواقف المهمة ، والتي تحث المريض المتوقف على الاتيان بايه فعلة كي يتسقر في نومه ويهدأ جفنه ، فقد يشعر المريض باوجاع في رأسه أو في أماكن متفرقة من جسمه ، ويجافيه النوم نتيجة أفكار تلاحقه ، وهواجس تقلقه ، وأحاسيس تؤرقه.

٥- تناول دواء يحتوى على عقاقير معينة :

حيث أن المريض المتشافي يكون حساساً لأي دواءً يعطى له في مرحلة التشافي Recovery خاصة وأن كان هذا الدواء يحتوى على عقاقير مثبطة ، أو منومة ، أو منشطة أو غير ذلك، فاذا أصيب المريض المتوقف بالحساسية مثلاً وأعطى دواءً يحتوي على مضادات الهستامين .. فإن ذلك من شأنه ان يجلب النعاس للمريض ، ويتبقى خطر الاعتماد عليه فيما بعد لنيل قسطاً كافياً وسهلاً من النوم ، كذلك الحال فيما يقرره ستوك Stock,C.J. (١٩٩١) من حيث ضرورة أخذ الاحتياطات الكافية عند أعطاء المدمن المتشافي جرعة دواء يحتوي مثلاً على كوداين Codeine (أحد عناصر العائلة الافيونية) وذلك عند اصابته بالكحة (السعال) Cough .

(Stock , C.J., 1991, PP, 49-53)

٦- الإصابة بمرض خطير (وبائي) :

مثل الاصابة بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (HCV)، أو فيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) او غير ذلك فإن هذا من شأنه أن يزيد من أحباطات المريض ، ويأسه ، ويجعله فريسه سهلة لهواجس الارتكاس رغبة في النسيان ، وهذا ما أثبتته دراسة برسيكو Persico , A.M. مع آخرين في روما بايطاليا عام (١٩٩١) وذلك على عينة قوامها (١١٤) مدمناً للهيروين عن طريق الحقن . والعينة في جملتها من الحاملين لفيروس نقص المناعة المكتسب. حيث اسفرت النتائج عن أن المرضى ذوي

الأعراض السافرة ، والحادة كانوا أكثر تعرضاً للارتكاس عن ذويهم الأقل سفوراً في الأعراض المرضية .

(Persico,A.M.et.al.,1991,PP.79-86)

٧- فترة الاعراض الانسحابية:

Withdrawal Symptoms

تعد فترة ظهور الاعراض الانسحابية نتيجة حدوث ازالة السمية Detoxification من أهم المواقف التي قد تؤدي إلى الارتكاس لأن المتوقف يتمنى هنا أن يتخلص من الآلام التي يشعر بها في اسرع وقت ، وعودته مرة اخرى لتعاطي عقاره المعتاد قد تكون هي سبيله الوحيد في كثير من الأحيان .. وهذا ما أثبتته عديد من الدراسات مثل دراسة كارمودي في سان فرانسيسكو(١٩٩٢).

(Carmody , T.P, 1992, Op,Cit PP. 131-158)

٨- الشعور بالتعب والاجهاد: **Fatigue or Exhaustion**

ايضاً من المواقف الحرجة حيث شعور المتوقف بالتعب أو الاجهاد مما لا يستطيع أن يطيقه ، ولقد اعتاد في السابق التخلص من تلك الآلام عن طريق تناول العقاقير ، فإن تعرضه لموقف تعب أو اجهاد من شأنه أن يجعله عرضه أكثر للارتكاس مرة أخرى. (Daley , D.C.,1989,Op. Cit, P.4)

ب - العوامل :

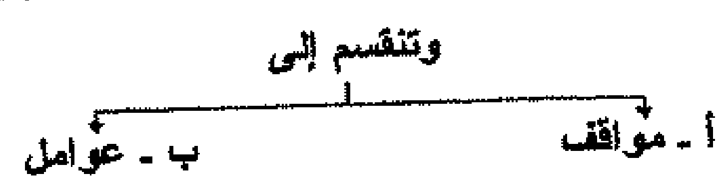
١- الشعور المستمر بحاجة الجسم للعقار:

وهذا الشعور يختلف عن الاعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms .. وهنا يشعر المريض في كل ، وقت، وفي كل حين ، ولمدة طويلة أنه ينقصه شيء ما.. وأن جسده بحاجة إلى العقار وكأن خلايا جسمه تناشد العقار ، وتناديه شوقاً ولهفة .. وهذا قد يدفع بالمريض احياناً إلى الإرتكاس أستجابة لنداء الجسد Physical Call.

٢-نقص القدرة على تحمل الألم: **Low Pain Tolerance**

حيث تتقلص قدرة المريض المتوقف على تحمل أي ألم جسمي برغم تنوع تلك الآلام وتعددها فلقد اعتاد في الماضي على التخلص من أي آلام باستخدام العقار ، وعليه الآن أن يتحملها دون عقار.. فإن لم يصمد وخارت قواه حدث الارتكاس . ومما يزيد الأمر تعقيداً هو تراكم الآلام الجمسية واتحادها مع الآلام النفسية مع تناقص القدرة العامة لتحمل الألم.

المواقف ، والعوامل ذات الطبيعة العلاجية



أ - مواقف

١- الشعور المبكر بالشفاء
٢- الاحساس بعدم جدوى العلاج
٣- رفض العلاج

ب - عوامل

١- تعجل الشفاء
٢- تأثير الأعراض المتبقية
٣- نقص الثقة في الاستمرار في التوقف

٤- تقبل العلاج ولكن بشروط ٤- طبيعة العلاج

٥- الاصرار على طلب الخروج من ٥- فترات العلاج الحرجة المستشفى

٦- الاحجام عن المشاركة الفعالة

٧- عدم التصرف بمسئولية

٨- عدم اتباع الخطة العلاجية

٩- الاقامة غير المناسبة في المستشفى

١٠- المداواة الذاتية

أ - المواقف :

١ - الشعور المبكر بالشفاء :

وهو شفاء غير ناضج Immature Recovery يحتوى على شعور وهمي خاطئ False Feeling بتمام الشفاء والتعافي، ويشعر به المريض بعد فترة وجيزة من توقفه عن التعاطي ، وبعد إنتهاء فترة ازالة السمية Detoxification ، وزوال الاعراض الانسحابية Withdrawal symptoms . وهذا الشعور الكاذب بالشفاء يعد موقفاً مؤثراً في توقع حدوث إرتكاس قريب.

٢ - الاحساس بعدم جدوى العلاج:

Treatment Uselessness

وهو احساس موقفي قد يعترى المريض قبل بداية العلاج، أو بعد بدايته بفترة ما قد تقصر أو تطول قليلاً وفقاً لدافعية المريض ، وقد يعبر هذا الاحساس عن انخفاض الدافعية ،وارتفاع مقاومة المريض للعلاج ، وازدياد اشتياقه لتناول العقار ، مع شعور موقفي باليأس ،والضجر وهذا قد يدفع المريض إلى الإرتكاس من جديد .

٣- رفض العلاج : Treatment Refusal

ويترتب هذا الموقف على نتيجة الموقف السابق ، فإن أقتنع المريض بعدم جدوى العلاج فيقدم على رفضه ، وعدم الاستمرار فيه ، ومنطقياً فإن المريض الذي يرفض العلاج ليس له بد آخر من الإرتكاس.

٤- تقبل العلاج ، ولكن بشروط:

Conditioned Acceptance of Treatment

يعد هذا الموقف ايضاً مؤثراً في حدوث الارتكاس ، حيث يجب تقبل العلاج واتباعه دون شروط من المريض مسبقة ، ويعد هذا من قبيل المقاومة ، والدفاعية الزائدة من المريض..فقد يذهب المريض إلى المؤسسة العلاجية طلباً للتشافي ، ويقوم هو بتحديد المدة ، والمقرر العلاجي ، ويجبر معالجيه على تقبل شروطه، وفي أغلب الأحيان يكون هذا نذيراً لإرتكاس قريب.

٥- الإصرار على طلب الخروج من المستشفى:

Discharge

يعد اصرار المريض على طلب الخروج الموقت العاجل ، أو الخروج النهائي العاجل من المستشفى ، أو انمؤسسة العلاجية المقيم بها موقفاً دالاً في كثير من الأحيان على عزم المريض على الإرتكاس ، أو على الأقل ارتفاع معدل تعرضه للإرتكاس . خاصة أن كانت فكرة الخروج فجائية ، غير مناسبة ، وسيئة التوقيت ، ودون تنسيق مسبق مع الفريق المعالج ، أوالأسرة.

٦- الإحجام عن المشاركة الفعالة :

Refusal of Active Participation

حيث يقدم المريض على رفض الإشتراك في البرنامج العلاجي ، والاحجام عن المساهمة أوالمشاركة في الجلسات العلاجية بقصد واضح أو غير واضح ، وهو تعبير عن مقاومته للعلاج ، وعدم استجابته له ، وهذا نذير له بالإرتكاس الوشيك.

٧- عدم التصرف بمسئولية :

Irresponsibilitive Behaviour

ويعبر هذا الموقف عن اتيان المريض بتصرفات ، وافعال وسلوكيات غير مسئولة ، وغير ناضجة ، وغير صحية ، وغير مرضية ، وغير مقبولة ، وتتنافى مع المبادئ العلاجية التي يفترض اتباعها ، وقد ينتج عن ذلك لوم المريض من قبل معالجية. وهنا يحدث واحد من أمرين ، اما أن يشعر المريض بالخجل والذنب من جراء افعاله ، أو قد يستجيب ببلادة أو استهتار أو لامبالاة ، أو عدم أكتراث .. وفي كل الأحوال فإن الموقف يحتوى على خطورة توقع الإرتكاس .

٨- عدم اتباع الخطة العلاجية :

ويعبر هذا الموقف ـ والذي يمكن أن يكون قصداً أو عن غير قصد ـ على انخفاض دافعية المريض للعلاج ، ومقاومته ، وعدم وضوح الدور العلاجي الخاص به ، وقد يكون قصداً عن طريق رفض المريض العلاج ، أو رفض الدواء Medications أو اختيار ما يناسبه من العلاج فقط ، أو التدخل في الأمور العلاجية التي يجهلها ، أو قد يكون الأمر غير مباشر ، وعن غير

قصد أو تعمد من المريض فتراه ينسى مواعيد الدواء ، وينسى مواعيد الجلسات العلاجية ، أو تنتابه رغبة عارمة في النوم لساعات طوال ، أو غير ذلك مما ينبئ باحتمالية حدوث الإرتكاس.

٩- الإقامة غير المناسبة في المؤسسة العلاجية :

Unsuitable Hospitalization

ويقصد بهذا الموقف الإقامة القصيرة جداً ، أو الطويلة جداً. وكلاهما خطأ علاجي من المريض أو المؤسسة العلاجية . فإن قدم المريض لطلب العلاج لأيام معدودات فقط.. فإنه بهذا لم يكمل علاجه ، وارتكاسه امر يقين ، أو المريض الذي يقيم في المؤسسة العلاجية لفترة طويلة جداً قد يكون معرضاً عند الخروج إلى الإرتكاس ، لأنه لم يعتاد مواجهة الواقع الخارجي .. وهذا ما أثبتته دراسات عديدة منها دراسة برسيكو مع آخرين (١٩٩١) في روما بايطاليا حيث أسفرت النتائج عن أن مدمني الهيروين ذوي الإقامة الطويلة في المستشفى كانوا أكثر تعرضا للإرتكاس المبكر. (Persico , A.M.et.al. , 1991, op.cit , PP. 79-86)

١٠- المداواة الذاتية: **Self - Medicating**

المداواة الذاتية ، أو التداوي الذاتي ، يعد من المواقف الحرجة Critical Situation والتي تتضمن خطورة عالية للإرتكاس ، ويقصد به أن يختار الفرد المدمن المتوقف دواءاً ما من تلقاء نفسه ، ويتناوله كنوع من التطبيب الذاتي دون استشارة طبيب متخصص ،أو حتى الخروج عن قواعد الوصفة الطبية التي اشار بها الطبيب ، وتجاوز الجرعة أو الجمع بين أكثر من

دواء في آن واحد .. وفي كل من الحالتين يمكن الخطر ويقع الضرر. وقد يكون الأمر متعمداً أو غير ذلك ، قصداً أو عن غير قصد ، وقد يكون للدواء آثاراً جانبية ادمانية يجهلها المتعاطي فتودي به وهو في غفلة من أمره.

ب - العوامل:

١- تعجل الشفاء :

من الثابت أن المريض الذي يتعجل الشفاء من الإدمان والاعتماد على العقاقير لا يشفي بسهولة .. تماماً كالمسرع في قيادته لسيارته يصل دائماً متأخراً . ويعد هذا الموقف تعبيراً عن نفاذ الصبر Impatience والاندفاعية ، والاستهانة بالعملية العلاجية ، وهذا من شأنه ان يهيئ الطريق أمام المريض للإرتكاس. وقد يكون تعجل الشفاء نابعاً من المريض ذاته أو من أسرته..حيث تنتظر الأسرة بلهف ، وعجلة شفاء المريض في مدة قصيرة ، وقد تتهم الأسرة المريض أو الفريق المعالج بالتقصير إذا لم يتم الشفاء في فترة وجيزة ، أو قد ينتابها القنوط السريع من جراء عدم التشافي في المدة التي تعتقد هي أنها كافية .. وهذا يشكل خطورة حقيقية على المريض ، واحتمالية إرتكاسه .

٢- تأثير الأعراض المتبقية : Residual Symptoms

من الثابت أن الادمان ، والاعتماد الكيمائي يحتاج إلى علاج نفسي ضمن ما يحتاج. والعلاجات النفسية في جملتها تحتاج إلى وقت ، وأحياناً مزيد من الوقت قد لا يطيقه المريض أو حتى أسرته.. ولذلك قد تتم فقط معالجة الاعراض الظاهرة Overt

Symptoms الواضحة ، السافرة Severe فقط ، وعندها قد يخرج المريض ، أو يترك المستشفى ، أو يترك العلاج برمته، ولكن ما يحدث في الواقع هو حقيقية وجود بعض الاعراض المتبقية التي لم تنل نصيبها من العلاج ، أو لم تنل قسطاً وافياً من الفحص ، و التشخيص ، والتحليل ، والاكتشاف ، والعلاج ، وتلك الاعراض المتبقية مثل : أستمرار حالات أو نوبات من الحزن أو الاكتئاب المتقطع ، أو استمرار سمة الاندفاعية ، أو عرض العصبية ، أو غير ذلك من الأعراض التي قد تكون أحياناً مستعصية على العلاج بشكل أو بآخر ، أو قد تكون خفية .. أي يخفيها المريض بمهارة قصداً أو عن غير قصد .. ومما يؤكد تأثير تلك الأعراض المتبقية على حدوث الإرتكاس ما أثبتته دارسة ثاسي Thase , M.E مع آخرين عام (١٩٩٢) حيث انتهت الدراسة إلى وجود علاقة وثيقة بين الأعراض المتبقية والإرتكاس. (Thase , M.E. et.al ., 1992, PP. 1046-1052)

٣- نقص الثقة في القدرة على مواصلة التوقف :

Lack of Trust to continue Sobriety

ويتضمن هذا العامل عدة متغيرات منها النظرة السوداوية للمريض لذاته ، وعدم الثقة بذاته أو ضعفها ، وسرعة التشاؤم ، واليأس ، والقنوط ، والشعور بالعجز ، والضعف ، والوهن ، وعدم إطاقة المواصلة ، أو قد يكون نقص الثقة هنا متعلقاً بالأسرة ذاتها فهي التي لا تصدق في امكانية تحقيق الاقلاع التام عن العقار من قبل المريض . وأياً كان مصدر نقص الثقة فكونه عاملاً مهماً ومؤثراً هذا يكفي لتجنب حدوث ارتكاس . وتوجد

عديد من الدراسات التي تؤيد ذلك مثل ما توصل إليه جوسوب مع آخرين في لندن عام (١٩٩٠) على عينة قوامها (٨٠) مدمناً للهيروين حيث أقر معظم أفراد العينة بأن من أهم العوامل التي تؤدي إلى الإرتكاس هي ضعف مستوى الثقة في القدرة على الاستمرار في الامتناع عن استخدام العقاقير.

(Gossop . M,et. al., 1990, OP .Cit, PP.209-216)

وكذلك الحال في استراليا حيث توصل كل من أوين .Owen, N ، وبراون .Brown , S.L (١٩٩١) إلى أن المدخنين الذين حاولوا الاقلاع Cessation اكثر من مرة .. في كل مرة لا يمكنهم البقاء بعيداً عن النيكوتين أكثر من عدة أيام قلائل لا تتعدى الاسبوع الواحد ، ويكونون أكثر عرضة للإرتكاس لأنهم أقل شعوراً بالثقة. Less Confidence

(Owen , N.& Brown , S.L., 1991, PP. 627-636)

٤ – طبيعة العلاج : Nature of Treatment

تعد طبيعة العلاج ونوعه ، وكمه ، وكيفه ومحتواه ، وفحواه ، ومدته ، وفاعليته من العوامل المهمة في منع الإرتكاس، أو احداثه فعلى سبيل المثال لا الحصر – توصل برسيكو مع آخرين (١٩٩١) في روما بايطاليا في دراسة لهم على عينة قوامها (١١٤) مدمناً للهيروين حقناً ان معدلات الإرتكاس ترتفع في حالات العلاج بالميثا دون Methadone مقارنه بحالات العلاج بالانسحاب الجزئي للهيروين.

(Persico, A.M.et. al ., 1991, OP. Cit, PP. 79-86)

كذلك مما يثبت أن لنوع العلاج تأثير ما على حدوث الإرتكاس ما توصل إليه شـوارتز .Schwartz, J.L (١٩٩٢) مـن أن البرامج الوقائية من الإرتكاس التي تحتوى على علاجـات متعددة الابعـاد Multidimensional أو متعددة المحاور Multiaxial تعد أفضل من برامج التدخلات العلاجية الفردية .

(Schwartz, J.L. , 1992, PP. 451-476)

فعلى سبيل المثال فإن تلقى المتوقف نوعاً واحداً مـن العـلاج فقط يعد هـذا غير ذي نفـع معـه ، فـاذا تعـرض المتوقـف للعـلاج بالتعرض للمثيرات ـ مثلاً ـ Cue Exposure فقط ، فإن هذا غير كـاف ، لأن الاسـتجابات الشـرطية ، ومثيراتهـا مـا زالـت ميكانيزماتها غير جلية تماماً ، وهي عملية مركبة ومعقدة ، وهذا من شانه أن يعرض المتوقف للإرتكاس .. وهذا ما يقرره كل من دروموند .Drummond, D.C ، وكوبر .Cooper,T ، وجلاوتير Glautier, S. P. (١٩٩٠).

(Drummond, D.C.et. al ., 1990, PP. 725-743)

وفي كندا عام (١٩٩٢) تأيدت تلك النتيجة بدراسة كل من ديلولـو .Dilullo, S.L ، وافرسون .Iverson , M.T اللذان توصـلا إلـى أن العلاج المتعلق بالتعرض للمثيرات العقاقيرية Drug Related Cues Therapy بمفرده قد يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإرتكاس ، لأنه لا يسد التشريط Conditioning القائم بين المثير ، وشدة التعلق به ، بل يلزم استخدام أساليب علاجية أخرى، مثل استخدام عقـار (هـالوبيردول) Haloperidol وعقـار (نميـو ديبيـن)

Nimodipine ، وهذا ما يسمى بالعلاج الاقتراني Conjuction Therapy .

(Dilullo , S.L. & Iverson , M. T.,1992, PP. 1143-1150)

وفي ستوكهولم تحقق كل من ساندال Sandahl , C. ورونبرج Ronnberg, S. (١٩٩٠) من أن العلاج النفسي الجماعي يأتي بنتائج ايجابية وفعالة في علاج الإدمان ، والوقاية من الإرتكاس، وزيادة الوعي بالمواقف والعوامل ذات الخطورة العالية للإرتكاس. (Sandahl, C.& Ronnberg , S. ,1990, PP. 473-476)

كذلك يقرر جالانتر Galanter , M. (١٩٩٣) أن أكثر الأساليب العلاجية نجاحاً في علاج الإدمان ، والوقاية من الإرتكاس هو العمل الجماعي كفريق Net Work Therapy.

(Galanter , M. , 1993, PP. 28-36)

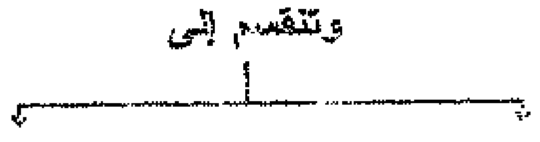
هذا مما يدل في جملة نهايته على أن طبيعة العلاج لها دورها المهم في حدوث الإرتكاس ، أو منعه.

٥- فترات العلاج الحرجة : High Risk Interval

ويقصد بها الفترات التي تتعلق بالتوقف عن العقار ، وبداية العلاج، وأزالة السميات .. وهكذا ، ولقد أثبتت بعض الدراسات ان الفترة (من التوقف وحتى شهر تقريباً) بعد العلاج تكون فترة حرجة ، وذات خطورة للإرتكاس ، وكذلك الحال بعد مرور عدة شهور وخاصة قد تصل إلى الذروة Peak في مدة سبعة شهور ، ويصدق ذلك على عقاقير كثيرة منها النيكوتين ، والهيروين . (Curry , S.et. al ., 1988, PP. 467-469)

سادساً : المواقف ، والعوامل الخاصة بالعلاقة بالعقاقير

وتنقسم إلى



أ ـ الموقف	ب ـ العوامل
١- توفر العقار في الشارع	١- مدة الإدمان الطويلة
٢- الاشتياق أو الشعور باللهفة	٢- ارتباط عقار النيكوتين بالعقاقير الأخرى
٣- العقار البديل	٣- الاعتقاد بأن الارتكاس لن يضر كثيراً
٤- الزلة أو الهفوة	
٥- توفر العقار في المنزل	
٦- تناول مادة غير معروفة	

أ ـ المواقف :

توفر العقار في الشارع:

يعد توفر العقار في الشارع من المواقف ذات الخطورة العالية ، و المؤدية لإرتكاس المتوقف عن التعاطي لأن توفره يعني سهولة الحصول عليه ، ويعني أحياناً أخرى انخفاض سعره وفقاً لنظرية العرض والطلب . ولقد توصل كل من لانسج ، وماكيون إلى تأكيد مدى فعالية توفر العقار في الشارع في أحداث الإرتكاس (١٩٨٩).

(Lange,W.R.& McCune ,B.A.,1989,OP.Cit, PP.37-51)

٢- الاشتياق أو الشعور باللهفة : Craving

يعد الاشتياق من المواقف المهمة بدرجة فائقة في أحداث الإرتكاس وهو يظهر موقفياً ، وان كان موجود طوال الوقت إلا أنه يكون بسيطاً ، أو خافتاً ، ثم تعلو موجاته وترتفع في مواقف

معينة ، تظهر على شكل نوبات تهاجم الفرد المتوقف ، وقد تدفعه إلى الإرتكاس ، وقد يكون الاشتياق مفعولاً بوساطة الفرد المتوقف نفسه أي أن يسعى الفرد المتوقف إلى خلق الاشتياق بنفسه باستدعاء متعمد لذكريات التعاطي ، أو قد يكون غير مباشر أو قد يكون لمجرد (كسر الخرمة) أي الرغبة للإستخدام لمرة واحدة ، ولقد توصل نورجسارد .Norregard,J مع آخرين (١٩٩٣) في الدنمارك إلى أن الاشتياق يكون السبب في الإرتكاس بنسبة (٤٨٪) لدى عينة دراسته التي أجراها على المدخنين. (Norregard, j,et. al., 1993, PP. 261-271)

٣- العقار البديل: Subsitituational Drug

ان موقف استخدام عقار بديل عوضاً عن العقار الأصلي يعد سبباً في كثير من الأحيان للإرتكاس .. لأن استخدام عقار بديل يعني أن الرغبة الإدمانية ما زالت موجودة ، وأن الحاجة إلى عقار لتغيير الحالة المزاجية ما زالت موجودة ، وان مهارات المقاومة والتشافي ما زالت غير كافية ، وان استخدام عقار بديل يفتح شهية المتوقف إلى العودة مرة أخرى إلى عقاره الأصلي . ففي كثير من الأحيان يفكر مدمن الهيروين على سبيل المثال بعد فترة من التوقف في تناول الكحول بدلاً وعوضاً عن الهيروين ، وبالفعل يتناول الكحول ، وهذا التناول يجعله في حالة مزاجية وفيزيقية وعقلية تؤهله إلى طلب المزيد والمزيد ثم يصبح الطريق ميسراً أمامه لتناول عقاره الأصلي طلباً لمزيد من النشوة والسعادة ولقد توصل ميلر .Miller N. S مع آخرين إلى النتيجة ذاتها

(١٩٨٩) حيث ثبت لهم أن استخدام الكحول عوضاً عن الكوكايين Cocaine عادة ما يتسبب في الإرتكاس للكوكايين مرة اخرى.
(Miller , N.S. et , al ., 1989. PP. 37-40)

٤- موقف الزلة أو الهفوة: Slip or Lapse

يعد موقف الزلة أو الهفوة من المواقف ذات الخطورة العالية لأحداث الإرتكاس ، وذلك لأن هذه الهفوة تفتح الشهية للمزيد والمزيد ، ويحدث هنا ما يسمى بعامل انتهاك الامتناع العقاقيري. (Abstinence Violation Effect (AVE))
ويظهر هذا العامل في أول هفوة بعد التوقف ويتطور بعد ذلك ، ويتأثر هذا العامل بما يخلفه أو يتبعه أو يصحبه من صداع ، وشعور بالذنب ، ولوم الذات ، وما يسمى بالانتساب الذاتي ــ Self-attribution ويعني إلى أي شئ ينسب المتوقف سبب ارتكاسه . (Marlatt, G.A., 1985, PP. 41-42)
(Marlatt, G.A. & Barrett, K, 1994, P. 290)

٥- توفر العقار في المنزل: Having Drugs at Home

يعد الاحتفاظ بكمية من العقار في المنزل ، أو توفر العقار بأي شكل أو بأي صورة في المنزل من المواقف ذات الخطورة العالية بالنسبة للإرتكاس . وتجعل المتوقف أو المعتدل في موقف لا يحسد عليه البتة . كما تجعله أكثر استهدافاً للإرتكاس ، لأن وجود العقار في المنزل يشكل ضغطاً ، وتهديداً شديداً ، وإغراءاً للمدمن قد لا يتحمله أو لا

يحتمله في كثير من الأحيان .. فلا يوجد عناء البحث عن العقار ، ولا توجد مشقة لإيجاد المال لشرائه وهكذا.

(Daley, D.C., 1989, Op. Cit .,P.6)

٦- تناول مادة غير معروفة :

Use of Unknown Substance

من المواقف الحرجة ايضاً تناول مادة مجهولة ، أو غير معروفة ، على سبيل الاستكشاف ، أو على سبيل الأخذ بنصائح الآخرين ، فيمكن ان يكون لهذه المادة أثاراً إدمانية Addictive Effects ، أو تفتح الشهية لتناول مواد أخرى لها صفة إدمانية..وهكذا.

ب ـ العوامل:

١- مدة الإدمان الطويلة: **Long Term Addiction**

المدمن ذو الباع الطويل في التعاطي يكون عرضه للإرتكاس إذا ما توقف. والسبب في ذلك أن جزءاً كبيراً من حياته قد اعتاد على العقار ، واعتمد عليه ، وتأقلم معه ، وعند التوقف يحدث اضطراب كبير في حياته فضلاً عن اعتقاده بأن إرتكاسه لن يضره كثيراً فلقد أعتاد على ذلك من قبل ، ولن يخسر أكثر مما خسر من قبل ، وهذا هو قدره ، ولا داعي لتحمل الآلام دون جدوى . وهذا ماتوصل إليه برسيكو مع آخرين في روما بايطاليا عام (١٩٩١) حيث وجدوا أن الإرتكاس يظهر بصورة واضحة لدى المدمنين ذوي الأمد الأطول في الإدمان.

(Persico , A.M. et al . , 1991, OP . Cit , PP. 79-86)

٢- ارتباط عقار النيكوتين بالعقاقير الأخرى:

من الثابت أن كل المدمنيين مدخنون ، وان التدخين في حد ذاته يعد شكلاً من أشكال الإدمان ، وأن عقار النيكوتين يعد عقاراً إدمانياً لا محالة ، فعلى سبيل المثال مدمن الحشيش الذي اعتاد تدخين سيجارة الحشيش ، نراه بعد التوقف يستمر في تدخين السجائر العادية ، ثم ما يلبث أن يؤدي به ذلك في بعض الأحيان إلى محاولة الرجوع مرة أخرى إلى تدخين الحشيش انطلاقاً من أن العمليات الاعتمادية Addictive Processes لكافة العقاقير تعد متشابهة نسبياً وإلى حد ما ، ولقد توصل هيننجفلسد Henningflied, j.E. مع آخرين في بالتيمور عام (١٩٩٠) إلى أن عقار النيكوتين يرتبط بكافة انواع الإدمان العقاقيري على الإطلاق ، وهذا من شأنه أن يعرض للإرتكاس.

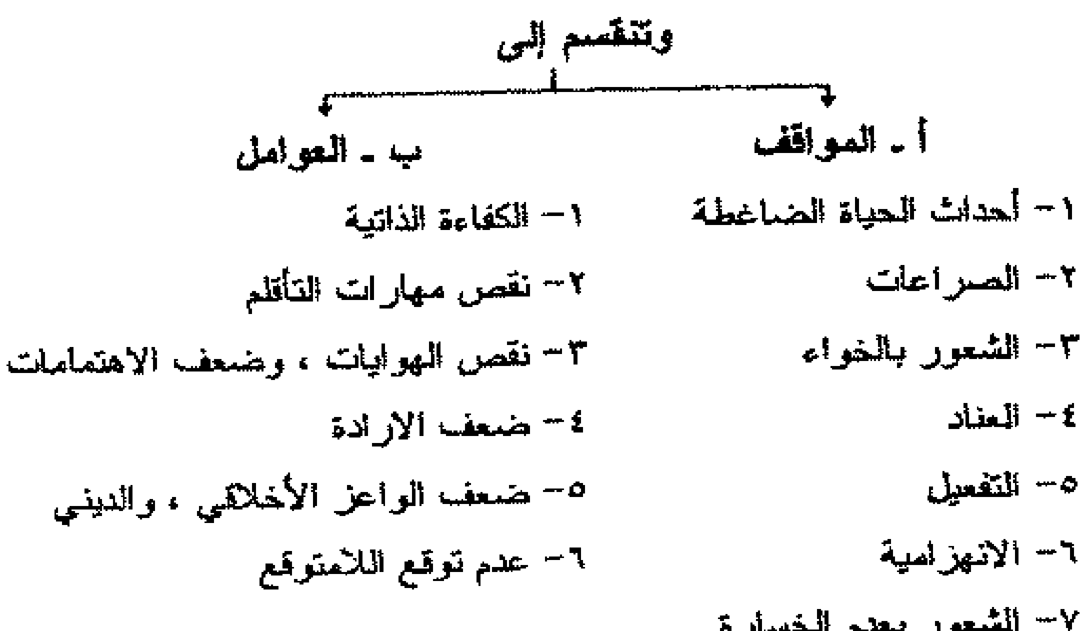
(Henningflied, J, E. et ,al ., 1990, PP. 279-291)

٣- الاعتقاد بأن الإرتكاس لن يضر كثيراً:

Belife That Relapse will not hurt too much

ويعد هذا الاعتقاد من العوامل المهمة في حدوث الإرتكاس لأنه يؤهل المتوقف للتعاطي من جديد دون شعور بالذنب ، مع التغاضي عن العواقب ، ويعكس عدم الاستفادة من الخبرات السيئة الماضية المرتبطة بالإدمان.

سابعاً: المواقف والعوامل ذات الطبيعة النفسية :



٧- الشعور بعدم الخسارة

٨- الرغبة في اختبار القدرة على التحكم مبكراً .

٩- المحفزات ، والإغراءات

أ ـ المواقف :

١- أحداث الحياة الضاغطة: Stressful Life Events

وهي مواقف الانعصاب Stress التي تتضمن مشكلات مع آخرين ، وهذا ما توصل إليه كارمودي (١٩٩٢).

(Carmody , T.P. . 1992, OP. Cit, PP131-158)

وذلك مثل حالات : الانفصال ، والطلاق ، والزواج المتكرر ، والخيانة الزوجية ، وفقدان وظيفة نتيجة تعسف أداري ، ....الخ

أو قد يكون من مواقف الانعصاب أيضاً التعرض لصعوبات قانونية Legal Difficulties وهذا ما أكده كل من لانج وماكيون في دراستيهما عام (١٩٨٩).

(Lange, W.R & McCune,B.A,1989, OP .Cit PP.37-51)

كذلك تتضمن مواقف الانعصاب التعرض لصدمات Shocks وما يتعلق بهما من زملة الاعراض الخاصة بالصدمات والتي قد تحتوي على فقدان عزيز ، أو فشل ما ، أو ضياع ثروة...الخ وهذا ما توصل اليه بوليرود (١٩٩٠).

(Bollerud, K , 1990, Op. Cit PP. 83-87)

كذلك الحال فيما يتعلق بظهور مشكلات جديدة لا يتوقعها المتشافي في الوقت الحالي ، ولم يستعد لها ، وقد تكون النتيجة هي الارتكاس.

٢- الصراعات : Conflicts

وتتعدد المواقف التي تنتج أو ينتج عنها صراعات داخلية بين شخصية Interpersonal ، وأكثرها خطورة هي تلك الصراعات التي تحدث حين يمر المتوقف بموقف متأزم يرى فيه الاصدقاء يتعاطون ويعرضون عليه العقار مجاناً ، وتقديم كافة الاغراءات لإعادته إلى التعاطي من جديد ثم يقاوم الموقف ويغادر المكان بسرعة ... فينشأ عن ذلك صراعاً شديداً عنيفاً داخله يكاد يعصف به متأرجحاً بين تلبية النداء أم الاعراض عنه وهذا الموقف المصطرع يعد من أهم المواقف لدى المدمن المتوقف و قد يدفعه أحياناً كثيرة إلى الإرتكاس . وكذلك الحال بالنسبة للصراع بين ما يجب ، وما يريد Shoulds & wants .

(Marlatt, G.A., 1985, OP . Cit, PP. 47-48)

٣- الشعور بالخواء: Emptiness Or Vacuity

وتتعدد المواقف التي يشعر بها الفرد المتوقف بهذا الشعور، وكأنه خالياً، أو خاوياً، أو فارغاً، أو أجوفاً من الداخل، أعتقاداً منه أن العقار الذي يستخدمه كان يسد هذا الخواء والفراغ داخله، وهذا الشعور من شأنه أن يدفع به إلى الإرتكاس.

٤- العناد : Stubbornness

تعد المواقف المتعلقة بالعناد من المواقف المهمة ذات الخطورة العالية لإرتكاس المريض المتوقف. فالشخصية العنيدة لا ترضى بأي شيء سهل معتاد، وهي شخصية تحب الاصرار حتى على الخطأ، ولا ترضى بالاستسلام بسهولة، ومقاومة للسلطة، والسيطرة، وترضى بالقرارات الذاتية، وتأبى القرارات الخارجية من قبل الآخرين، وتميل إلى التحدي، والمنافسة حتى السلبية، وتكره النصائح، والتوجيهات فإن هذه الشخصيات ان صادفت مواقف تستثير عنادها فهي تميل إلى استخدامه حتى وإن لحقها الضرر .. فالمدمن العنيد يسعى للإرتكاس عناداً للأسرة، أو لرئيسه في العمل، عقاباً له، وعقاباً حتى لذاته.

٥- التفعيل : Acting Out

يعد التفعيل من الميكانيزمات النفسية التي تعبر عن الغضب Anger والعدوان Aggression، والعضب Violence، والكراهية Hostility والشحنات السالبة Negative Impulses

فالمواقف التي تستثير هذا الميكانيزم في ذات المريض المتوقف قد تدفع به إلى الإرتكاس لعدة اسباب هي :

أ ـ افراغ طاقة العدوان ، والشعور بالتوتر نتيجة ذلك يلزمها شيئاً ما يهدأ من الروع ، ويسكن التوتر... والعقار الإدماني هو أفضل ما يفعل ذلك.

ب ـ النتائج السالبة ، والعواقب الوخيمة التي قد تنتج عن هذا العدوان أما التورط القانوني ، أو خسارة شيئاً ما مما يزيد الاحتياج إلى العقار لاصلاح ما تم افساده .

جـ ـ الشعور بالندم ، والأسف ، والذنب ، أو العار نتيجة ذلك قد يستلزم كل هذا جرعة عقار لمداواة الأمر ، وهذا كله في النهاية قد يدفع بالمتوقف إلى الإرتكاس.

٦- الانهزامية : Defeatingness

تعد مواقف الانهزامية ايضاً من المواقف الحرجة للإرتكاس. حيث يشعر المتوقف بأنه مهزوم مقهور ليس له قيمة أو معنى فهو ضعيف ، ولا يبصر طريقاً سوى العقار ثانية.

٧- الشعور بعدم الخسارة : Sense of No Loss

تعد المواقف التي يشعر فيها المدمن المتوقف بأنه لم يخسر شيئاً يذكر أثناء رحلته في الادمان مواقف ذات خطورة عالية للإرتكاس والسبب في ذلك هو أعتقاد المتوقف أنه لم يخسر شيئاً ، ولم يفقد شيئاً ، ولم يلحقه أي ضرر من جراء التعاطي .. فهو مازال في عمله ، مازال يتقاضى راتبه ، مازالت اسرته راضية عنه ، مازالت زوجته بجانبه ، مازالت صحته جيدة ..إذن

الإدمان لا يؤذي كما يزعمون .. هكذا يفكر ، ولماذا لا أعود ثانية للتعاطي مع توخي الحذر ، هكذا يقرر .. وهنا تكمن الخطورة فهو يشعر أنه يمكنه السيطرة على زمام الأمور ، ولا تثريب من التعاطي مع شيء من الاعتدال .. وسرعان ما ينقلب هذا الاعتدال في الاستخدام إلى إدمان حقيقي مرة ثانية حتى يفيق وقد خسر كل شيء تقريباً.

٨- الرغبة في اختبار القدرة على التحكم مبكراً:

Early Test of Self - Control

حيث يسعى المتوقف سعياً مبكراً أحياناً بعد فترة من التوقف إلى اختبار مدى قدرته على الضبط ، والتحكم إذا تعرض للعقار مرة ثانية ، ويعد هذا موقف مخاطرة خاصة أذا لم يكن على استعداد تام لمواجهة الموقف.

(Daley , D. C., 1989, OP. Cit , P. 7)

٩- المواقف الخاصة بالمحفزات والإغراءات:

تعد المحفزات Urges ، والإغراءات Temptations من المواقف ذات الخطورة العالية لحدوث الإرتكاس.ولقد توصل كيومنجز .Cummings , C مع آخرين عام (١٩٨٠) في دراستهم على (١٢٩) مدمناً متوقفاً إلى أن سبب الإرتكاس في (٥٪) من الحالات يرجع إلى المحفزات والإغراءات.

(cummings, C. et. al ., 1980)

وتوصل إلى النتيجة ذاتها دراسات كثيرة اخرى منها دراسة تشايلدرس .Childress, A.R مع آخرين (١٩٨٥)

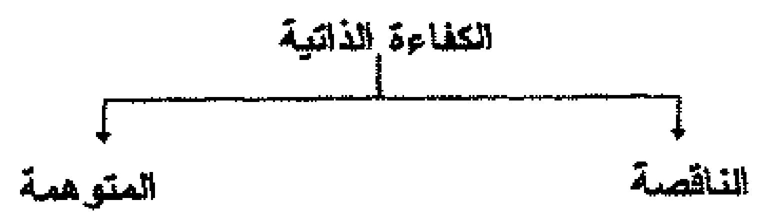
(Childress, A. R. et . al , 1985, PP. 212-219)

وكذلك دراسة مكليلان Mclellan , A.T. مـع آخريـن عـام (١٩٨٦) . (Mclellan , A.T.et. al . , 1986, PP. 33-40)

وكذلك دراسة هيثر Heather, N. مع آخرين عام (١٩٩١)
(Heather, N.et. al . , 1991, OP . cit, PP. 41-49)

ب - العوامل:

١ - الكفاءة الذاتية: Self-Efficacy Factor



الكفاءة الذاتية الناقصة ، أو المتوهمة كلاهما غير ذي فائدة ، بل يلحقان الضرر الأكبر بالمتوقف ، ويدفعان بالمتوقف إلى الإرتكاس حتماً ولا محالة . حيث أن نقص الكفاءة الذاتية تعني أن المتوقف لا يمكنه تخطي أزمة المواقف الحرجة ذات الخطورة العالية ، والتي تحمل تهديداً يفوق كفاءته ، وكذلك الحال فيما يتعلق بالكفاءة المتوهمة حيث يتوهم المتوقف أنه كفء لإجتياز موقف صعب وإذا به يسقط دون حذر أو تروى أو توقع، وتكون سقطته قوية فهو يهوى عن غفل ، وينتج عن ذلك جراحاً نفسية شديدة تحتاج إلى وقت طويل كي تندمل .

(Marlatt , G. A. , 1985, OP, Cit, P. 40)

٢ - نقص مهارات التأقلم : Lack of Coping Skills

من الثابت أنه إذا لم يتعلم الفرد المدمن المريض في مرحلة التوقف مهارات التأقلم المناسبة ، واجادها ، فإنه إذا واجه

موقفاً ذي خطورة عالية فإن شعوره بالكفاءة يكون ضعيفاً ، فضلاً عن افتقاده لأي رصيد خبري ايجابي ، فليس لديه سوى الرصيد القديم من عادات الاستخدام ، واستدعاء ميكانيزم التعاطي من جديد، فيصبح مستهدفاً للإرتكاس بشكل كبير. (Ibid, P. 41)

٣- نقص الهوايات وضعف الاهتمامات:

Hobbylessness& Intere stlessness

المريض المتوقف والذي تنقص عليه هواياته ، وتضعف لديه اهتماماته هو أكثر استهدافاً للإرتكاس ، لأنه سيقع حتماً فريسه سهلة للملل ، والضيق ، ومشاعر عدم تأكيد الذات ، وهوان الذات او فقدان قيمتها ، ومعناها ، وأهميتها ، فكأن المريض لا يحترف هواية ولا يجيد اهتماماً سوى عقاره الذي تعوده فقط وهذا الحال يقارب بينهما من جديد ليحدث الإرتكاس من جديد.

٤- ضعف الإرادة: Poor Willpower

يعد ضعف الإرادة من العوامل المهمة ، والرئيسة ، والأساسية في قضية الإرتكاس ويعد الإرتباط بين ضعف الإرادة والإرتكاس ارتباطاً ايجابياً وقوياً ، والعكس صحيح فيما يتعلق بالإرتباط بين قوة الأرادة والإرتكاس .. فهو يعد ارتباطاً سالباً ، وقوياً أي أن العلاقة بينهما عكسية . والارادة مفهوم مجرد Abstract ومركب Complex وليس بالهين تعيين مفرداته ، وعناصره ، وابعاده. فمفهوم الارادة يعني مقاومة الاستخدام..هكذا بكل بساطة لدى أي مدمن ولكن حقيقة الأمر غير ذلك..فالمفهوم جد عميق ويحتاج إلى دراسات تحليلية لبيان كنهه ، وهويته ..الخ

والظاهر حتى الآن لنا أن الارادة مفهوم مركب من عدة متغيرات مثل: الدافعية ، والقناعة ، والعزيمة ، والتصميم ، والمثابرة ووضوح الهدف ، والمحافظة على كيان الذات ، وتقدير للذات مرتفع ، وقوة أخلاقية ونسق قيميّ متطور ، وضمير حي ، وانا قوى ، وطموح لا بأس به وقدرة على السيطرة على الذات ، ومستوى لائق من تعلم مهارات التأقلم ..الخ فإن لم يشعر المتوقف بأي من هذه المتغيرات أو غيرها فهو يشعر بضعف الارادة وقد يندهش البعض حين يسأل مدمناً مرتكساً عن سبب إرتكاسه حيث تأتي الإجابة أنها ضعف الارادة ، وقد تقسم أنت أن المدمن هنا حتى لا يدري ما هي الارادة التي يتحدث عنها.

٥- ضعف الواعز الأخلاقي ، والديني:

Poor Religious Affeliation

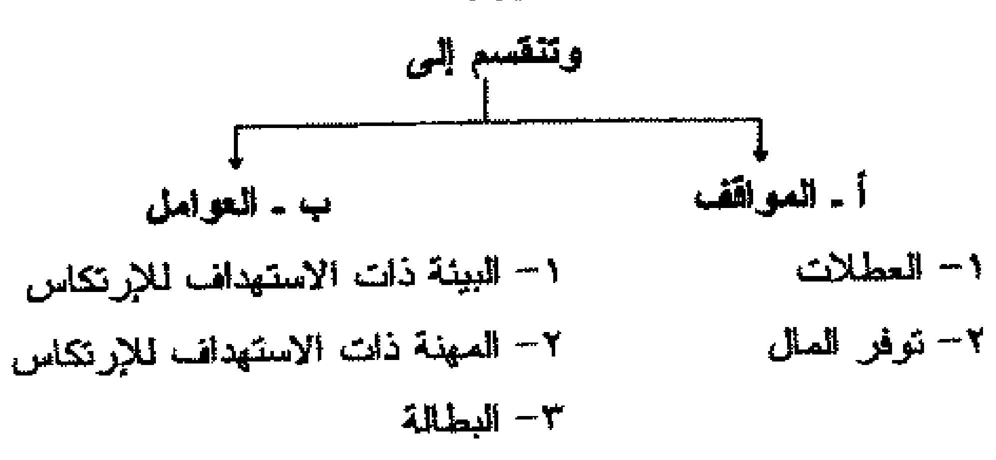
يعد هذا العامل أيضاً من العوامل المهمة جداً والمؤثرة للغاية في حدوث الإرتكاس ، فالمتوقف المتمسك بالقيم ، والأخلاقيات ، والمبادئ ، والمثل ، والذي اختار طريق العودة إلى ربه ، والتزم بتعاليم دينه يجد على نفسه الأمر هيناً لمقاومة الرجوع مرة أخرى إلى تناول العقاقير خاصة وان شعر بتلك الصحوة الروحية .. والعكس صحيح لأن الواعز الديني هنا كالحاجز داخله ليبعده ، ويقصيه عن درب التعاطي ، وكأنه تطعيم أو تحصين داخلي له من الزلل ، والتردي في هاوية الإرتكاس من جديد.

٦- عدم توقع اللامتوقع:

Expectlessness of Unexpected

ويعد هذا العامل مهماً للغاية في حياة المدمن المتوقف ، لأن المدمن الذي لايلقي بالاً ، ولا يقدر أو يقيم حساباً للمفاجئات ، واللامتوقعات ، تاركاً نفسه في مهب رياح لا يعلم مصدرها أو مهبها ، أو وجهتها ، أو شدتها هو حتماً مدمناً مصيره الإرتكاس . فالمدمن الذي ينوي حقاً التوقف ، والإقلاع ، والإمتناع عليه أن يكون حذراً ، يقظاً ، فطناً ، مستعداً لأي مفاجأة ، مستعداً لأي شيئ متوقع أو غير متوقع .. فهو لا يدري ماذا سوف يجابه بعد لحظات ، لذلك عليه ان يتدرب على حدوث ما هو غير متوقع ، وان يتوقع أن يحدث له ما لا يتوقعه ، وأن يتزود بالمهارات التي تساعده على ذلك .. فإن صدق حدسه كان مؤهلاً للتعامل مع أي موقف مفاجئ بسلام ونضج وقوة.

ثامناً: المواقف ، والعوامل البيئية :



أ ـ المواقف :

١- العُطلات :

العُطلات في حقيقة الأمر مواقف بيئية لأنها تتعلق بالبيئة، وتختلف من بيئة لأخرى ، فعطلة نهاية الأسبوع في الشرق تختلف عن نظيرتها في الغرب ، ومناسبة العطلات في بيئة تختلف عن بيئة أخرى في المسمى والموعد ، وأحياناً في طريقة الاحتفال بها .. وبصفة عامة فإن للمدمن غرام خاص بالعطلات خصوصاً لدى المدمن العامل ، ولدى المدمن المتوقف تعد مواقف العطلات مواقف ذات تهديد ، وذات خطورة عالية للإرتكاس بما تثيره في ذاته من شجون ، وذكريات تتعلق بالتعاطي وهذا ما توصل إليه كل من فلمنج Fleming , H.F.، وبارى Barry,K.L (١٩٩٢) من حيث أن الإرتكاس يزداد معدله في العطلات ، وخاصة عطلات نهاية الأسبوع .

(Fleming , H.F. & Barry , K.L. , 1992, P.47)

٢- توفر المال :

يعد توفر المال من المواقف البيئية شديدة التأثير على المتوقف ، وكافية لاثارة صراع داخله بين الاستمرار في التوقف أو العودة مرة أخرى للعقار طالما توفر المال الكاف لشراء جرعة مناسبة.

ب ـ العوامل :

١ – البيئة ذات الإستهداف للإرتكاس:

Relapse Prone Environment

وهي البيئة التي تكثر بها مثيرات الإرتكاس Relapse Cues ، وتتعدد بها المواقف ذات الخطورة العالية High Risk Situations ، مثل السكن في مناطق زراعة الحشيش ، والكوكا ، والخشخاش ... الخ، أو أن يقطن الفرد بجوار مناطق توزيع ، أو ترويج أو بيع المخدرات أو المسكرات أو العقاقير بصفة عامة . ويعد هذا العامل عاملاً مهماً ومؤثراً في تعلم السلوكيات الإدمانية، ويؤثر على المتوقف في زيادة احتمالية الإرتكاس . ولهذا ينصح المتوقف بالإبتعاد عن أي بيئة ذات استهداف للإرتكاس. وهذا ماتوصل إليه كينكيربيني Cinciripini, P. M. مع آخرين عام (١٩٩٤). (Cinciripini, P.M.et. al ., 1994, PP. 13-22)

٢ – المهنة ذات الاستهداف للإرتكاس:

Relapse Prone Job

وهي المهنة التي تنتمي بشكل أو بآخر إلى التعامل مع العقاقير من قريب أو بعيد مثل العاملين في حقل علاج الإدمان ، والأطباء النفسيين ، والفنيين في المختبرات ، وأطباء الأسنان ، و الكيميائيين ، وغيرهم ، ولقد توصل كل من بيلتون Pelton, C. ، واكدا Ikeda, R.M. عام (١٩٩١) من دراستيهما إلى أن اطباء التخدير Anesthesiologists أكثر تعرضاً للوقوع في الإدمان، والإرتكاس لأن مهنتهم ذات استهدافاً خاصاً لذلك.

(PeLton , C. & Ikeda, R.M., 1991 PP. 427-431)

٣- البطالة: Joblessness

البطالة واقع ، وشعور ، فليس كل عاطل يشعر بالبطالة، وليس كل عامل يخلو من البطالة فالمسألة نسبية ، وتخضع لفروق فردية ، وثقافية ، وبيئية..والبطالة توفر الفراغ ، وتثير الملل ، وتقضي على الطموح ، وتقتل الأمل، وتهز الذات ،وتزيد الحاجة، وتحث على إنحراف السلوك.فالمدمن الذي توقف عن الإدمان وأقلع عن التعاطي ، ان لم تكن لـه وظيفة أو إن لم يهتمن مهنة فإنه يكون أكثر استهدافاً للإرتكاس..والعكس في الغالب صحيح.

ويتضح من ذلك أن المتغيرات البيئية تلعب دورها الفعال في احداث الإرتكاس وهذا ما توصل إليه كارمودي في سان فرانسسكو (١٩٩٢).

(Carmody , T.P. , 1992, OP. Cit, , PP. 131-158)

التعامل مع الإرتكاس والوقاية منه:

Relapse Management & Prevention

مقدمة :

إن التعامل مع الإرتكاس ، وعلاجه ، والوقاية منه لا يتم تحقيقه إلا عن طريق العلاجات النفسية الفردية ، والجماعية المتكاملة ، وذات الهدف المحدد لذلك ، وهذا يمكن أن يتم من خلال الفريق المعالج ، أو جماعات المساعدة الذاتية ، أو باستخدام برامج الحاسوب الآلي الوقائية المساعدة

Computer assisteed drug Prevention Programs

وذلك للإمتناع التام Full Abstinence أو للإستخدام المعتدل Controlled ues . (Barber, J.G. , 1990 , PP. 125-131)

ويؤكد باربر .Barber , J.G في دراسة أخرى له في الصدد نفسه في استراليا عام (١٩٩١) على إمكان استخدام البرامج الدقيقة المتعلقة بالحاسوب الآلي أيضاً. Microcomputers

(Barber , J, G , 1991, PP. 150-155)

وفي كل الأحوال يقترح الباحث الحالي إمكان اتباع الآتي كبرنامج مقترح للمدمنيين الذين تعرضوا للإرتكاس حديثاً:

برنامج مقترح

عند تلقي الأفراد بعد الإرتكاس يتم إزالة السمية Detoxification للعقار المستخدم وزوال الاعراض الانسحابية له ثم يتم تنفيذ خطوات البرنامج الاحدي عشر كالأتي:

أولاً: الاعداد ، والتوجه:

Orientation & Preparation

حيث يتم إعداد الأفراد لتلقي تدريباً علاجياً منظماً للوقاية من الإرتكاس ، وشحذ دافعيتهم لذلك ، وعمل توجه سليم لهم في هذا الصدد وذلك بعد تحديد المرحلة العلاجية لكل فرد.

ثانياً: تاريخ الهفوة ، والإرتكاس:

Lapse & Relapse History

حيث يتم جمع معلومات عن تاريخ الهفوة ، والإرتكاس لكل فرد يتضح فيه الآتي:

١- تكرارات الهفوة والإرتكاس .

٢- كيفية الإستجابة الإرتكاسية .

٣- اسباب الإرتكاس .

٤- حجم الإرتكاسات السابقة .

٥- كم الإرتكاسات وكيفها ، وطبيعتها ، وكل ما يتعلق بها .

٦- طبيعة الإدمان ،وطبيعة الإرتكاس،ونمطه Relapse Pattern لأن الادمان يؤثر في نمط الإرتكاس .

(Miller, N.S.& Mahler, J, C. , 1991, PP. 61-67)

ثالثاً : تحديد ، وترتيب كل من :

١- المثيرات Cues

٢- المؤثرات Clues

٣- المواقف ذات الخطورة العالية. High Risk Situations

٤- العوامل ذات الخطورة العالية High Risk Factors

(Washton , A.M. , 1988, PP. 34-38)

رابعاً: تقويم: Evaluation وقياس Assessment الآتي:

١- الاشتياق أو الاشتهاء أو اللهفة Craving

٢- الاتجاهات نحو الإرتكاس Attitudes Toward Relapse

٣- الكفاءة الذاتية Self-Efficacy

(Carmody , T.P., 1990, PP. 211-238)

٤- الرغبات والواجبات Wants & Shoulds

٥- توازن اسلوب الحياة Life Style Balance

(Ibid , PP. 211-238)

خامساً : تحديد المهارات ، والاستراتيجيات المطلوبة :

Identification of Needed Coping Stratigies

١- مهارات اساسية أولية Basic

٢- مهارات معرفية Cognitive

٣- مهارات سلوكية Behavioral

٤- مهارات فارموكولوجية Pharmacologic

كذلك تحديد طبيعة تلك المهارات هل هي :

مهارات

تعامل ذاتي	بوساطة الآخرين
Slef - Management	Others

(Daley , D.C & Marlatt, G.A. ,1992 , OP. Cit , P. 536)

سادساً: تقويم المهارات الفعلية المتاحة لدى الأفراد:

Evaluation of Real Available Personal Coping Skills

سابعاً: مراجعة التفاصيل : Details Review

ثامناً : تعيين المشكلة ، وتقويمها :

Identification & Evaluation of the Problem

(Myers , M. G . et , al ., 1993, PP. 15-29)

تاسعاً : التدخل العلاجي:

Therapeutic Intervention & Managment

ويتم تحديد سياسة التدخل العلاجي وفقاً لحجم المشكلة ، وطبيعتها وينقسم التدخل إلى قسمين :

التدخل العلاجي

برامج وقائية أولية	برامج وقائية ثانوية
Primary Relapse Prevention	**Secondary Relapse Prevention**
وتحتوي على أهداف مطلقة وعامة لـلا متنـاع Absolute Goals للمدمنيين ذوي المستويات الدنيا، والمتوسطة من الإدمان.	وتحتوي على أهداف وسيطة أو اعتدالية Moderation Goals للمدمنيين ذوي المستويات العليا من الإدمان .

(Larimer, M. E.& Marlatt,G.A.,1990,PP. 189-195)

كذلك يجب تحديد الهدف ، أو الأهداف من التدخل العلاجي على النحو التالي :

التدخل العلاجي

منع الإرتكاس **Relapse Prevention**	تقليل الإرتكاس **Relapse Minimizing**
وذلك للأفراد الذين يتعرضون للإرتكاس من حين لآخر ، ولكنهم باستطاعتهم الامتثال لبرامج منع الإرتكاس.	وذلك للإ فراد الذين تتواتر لديهم معدلات الإرتكاس وترتفع فوق العادة.. فيمكن البدء بتقليل الإرتكاس ثم الانتقال بعد ذلك إلى برنامج منع الإرتكاس تماماً والوقاية النهائية منه.

خطوات التدخل العلاجي: Intervention Steps

١- التعبير عن مشاعر الإرتكاس

Relapse Feelings Expressing

٢- التركيز على كيفية الاستفادة من الإرتكاسات الماضية

Focusing on How to make use of the Past Relapses

والتركيز على تحويل الإرتكاس إلى حدث تعليمي ، وخبري بدلاً من كونه حدثاً مثيراً للذنب ، والعار مما يعوق العملية العلاجية.

(Washton , A. M . , 1988 , OP. Cit, PP. 34-38)

٣- زيادة الوعي الذاتي وتفهم الإرتكاس

Increasement of Self-Awareness&Understand Relapse

وذلك بالإستعانة بـالتلقين المعرفـي Education للأفـراد لأن المعلومـات التـي يحصلون عليها تنفعهـم كثيراً فـي الوقايـة مـن الإرتكاس . (Modell , J. G. et. al., 1993, PP. 189-197)

وزيادة الوعي الذاتي ، وفهم الإرتكاس باعتباره



والوعي الذاتي سوف يساعد في الإنتظام الذاتي .

Affect Regulation والإنتظام الوجداني Self - regulation

(Carmody , T.P, 1990, OP.Cit, PP. 211-238)

٤- التركيز على مافعله العقار بالشـخص المريض ، وليس مـا فعله من أجله

Focusing on what the drug does to the patient not for him

(Miller, N.A. & Gold , M.A. , 1989, PP. 183-192)

٥- زيادة الحاجة ، و الرغبة في التغيير

Increase Need &Desire for Change

(Annis, H. M & Peachey, J. E. , 1992 .PP. 63-72)

٦- التدريب على تطوير مهارات التأقلم

Development of Coping Skills Training

لأن المدمن يستخدم العقار كوسيلة تأقلم

(Heather, N.et ,al . ,1991 ,OP.Cit .P.41)

والمهارات المطلوبة تطويرها هنا كثيرة ، ومتعددة مثل:

أ ـ المهارات الاساسية: **Basic Skills**

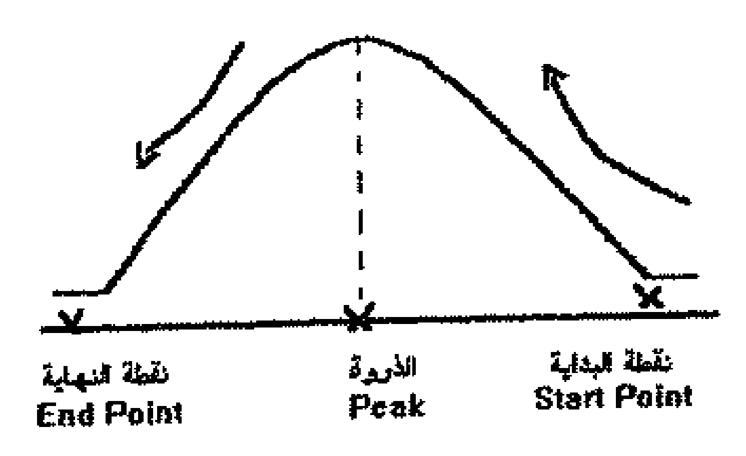
١- التجنب أو التحاشي	Avoidance
٢- ترك الموقف	Leave Situation
٣- الهروب	Escape
٤- إلهاء الذات	Distraction(Blocking)
٥- مراوغة الموقف	Detourness
٦- التأجيل	Delay
٧- الرحيل بالخيال	Imagery
٨- طلب المساعدة	Ask for Help
٩- طلب التدعيم	Ask for Support
١٠- التناسي	Forget About it
١١- التجاهل	Extinction by Ignoring it

ب ـ المهارات المعرفية : **Cognitive Skills**

١- اعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring المتعلم بأثر انتهاك الامتناع (AVE) الذى سبق الحديث عنه.

٢- التحدث للذات وللآخرين	Talk For Self & Others
٣- القراءة (خاصة القرآن)	Reading (Quaran)
٤- إتخاذ القرارات المضادة	Counter decision
٥- التزحلق على أمواج الرغبة حتى تتلاشى .	Urge Surfing

والشكل التالي يوضح ذلك :



شكل رقم (٣)

يوضح تصوراً مقترحاً لشكل الرغبة في التعاطي مثل الموجة في بدايتها ، ثم ذروتها ، ثم نهايتها.

وعلى ذلك فالمتوقف حين تهاجمة موجة الرغبة ، عليه أن يتعلم كيف يركب متن هذه الموجة ، ويتزحلق عليها إلى أن تتكسر الموجة عند الشاطي أي عندما تزول ، وتتلاشى ، وتتبدد.

٦- أكتب مشاعرك ، ودون احاسيسك Write Your Feelings

٧- حلل ما تريده ، وما ينبغي أن يكون

Make an analysis of your wants & shoulds

٨- تجديد الالتزام ، والعهد، والوعد Renew Commitment

٩- تزود بالتوجه الديني الصحيح

Increase Religious Orientation

١٠- تذكر الجوانب والعواقب السلبية والايجابية للإرتكاس

Remindness of Positive & Negative Consiquences of Relapse

١١- التفكير المرغوب Wishful Thinking

(Myers , M. G. et. al .,1993, OP.. Cit ., PP.15-29)

١٢- مقاومة الأفكار الانهزامية

Resistance of defeating thoughts

١٣- تشجيع المحافظة ، والصيانة

Encouraging Maintenance

١٤- التفكير في الأسباب المنطقية للتوقف

Going Over Rational Reasons for quitting

١٥- زيادة الثقة بالنفس Increase Self-Confidence

١٦- توازن اسلوب الحياة Life Style Balance

وذلك عن طريق الآتي

التأمل الارتقائي	**التنبه واليقظة**
Meditation	**Mindfulness**

١٧- كارت ، أو بطاقة التذكرة Reminder Card للإمتناع عن الارتكاس.

١٨- تكوين خيال موجب مضاد للإرتكاس

Positive Counter Relapse Fantasies

جـ - المهارات السلوكية: Behavioral Coping Skills

١- النشاطات الفيزيقية : Physical Activities مثل :

السباحة Swiming ، التمارين الرياضية Sport Exercise، التمشية Jogging ، وقت البدن Body Time ... الخ.

٢- ممارسة الهوايات Hobbies Practice

٣- السلوك المتمم ، أو المحقق Consummatory Behavior

٤- المكافآت ، والأثابات ، والنشاطات الترفيهية

Rewards (Recreational Activities)

٥- المهارات التأكيدية ، والتدعيمية Assertion Skills

٦- تعلم عادات جديدة Learning new Habits

٧- الاستجابات التنافسية Competitive Responses

د ـ الإجراءات الفارماكولوجية: Pharmacologic Actions

وتعني طلب الدواء عند الحاجة للمساعدة(PRN) Medications

٧- التدريب على مواجهة الإرتكاس مثل التدريب على اطفاء الحرائق Relapse Drill Training is a like fir Drill

(Marlatt, G. A. , 1985, OP . Cit , P. 51)

٨- تعلم المريض كيفية إعادة الاستمتاع Re-joyment بنشاطات أخرى دون عقاقير . (Zackon , F.N.,1989, PP.67-78)

٩- بناء حوائط ضد مثيرات الإرتكاس بصفة اساسية ، وأماكن توفره ، وكل ما يتعلق به.

Initially Building Walls against drug Triggens, supplies & all related issues

(McAuliffe, W. E. et. al . , 1990 , PP. 1141-1177)

١٠- استخدام قوائم التدريب الصباحية ، والمسائية

Inventory Training (A M & P M)

١١- التشجيع المستمر ، والمنتظم

Continous Systematic Encouragement

(Fichter, M.M& Frick ,W.1992,OP.Cit ,PP. 1-270)

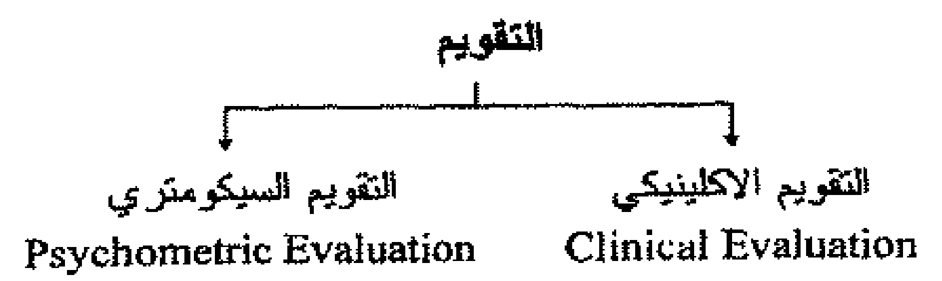
١٢- تدعيم السلوك الإيجابي (وخاصة التدعيم الاجتماعي)

Support & Reinforecement of Positive Behavio

(Myers , M. G. et. al.,1993, OP .Ci ,PP.15-29)

عاشراً : التقويم البعدي: **Post-Evaluation**

ويتم فيه اعادة تقويم كل ما تعلمه الأفراد ، وإعادة تطبيق المقاييس السابقة كلها لمقارنة التقدم Progress الذي أحرزه الأفراد عن طريق ما يلي :



حادي عشر : المتابعة : **Follow Up**

حيث ينصح الأفراد بعد إتمام هذا المقرر العلاجي بمتابعة المؤسسة العلاجية لاكتمال العلاج ، وإتمام الشفاء ، وتكملة أي قصور ، أو تقصير قد حدث لضمان الوقاية الأكثر فعالية من الإرتكاس.

الباب الثاني

الدراسة الحقلية الميدانية

الباب الثاني

الفصل الأول

المشكلة ، والمنهج ، والإجراءات

١ – مشكلة الدراسة

أ ـ تعيين مشكلة الدراسة ، وتحديدها:

((الإرتكاس العقاقيري : قلقه ، ومثيراته ، ومواقفه ، وعوامله ، والاتجاه نحوه ، ونحو العقار البديل في ضوء حجم الإرتكاسات السابقة لدى عينة من مدمني الهيروين دراسة عاملية مقارنة))

ب ـ أهمية الدراسة ، ومشكلتها:

ويمكن تلخيصها فيما يلي :

١– ان موضوع الإرتكاس برغم أهميته ، وخطورته ، فانه لم ينل قسطاً كافياً من قريب أو بعيد من الدراسة ، البحث، والتحليل خصوصاً على الصعيد العربي.

٢– خلو الساحة العربية من المقاييس ، والأدوات الخاصة بالإرتكاس خلواً يكاد يكون تاماً ، مع الندرة النسبية لمقاييس الإدمان عامة.

٣– قلة التراث العربي في هذا المجال ، ونقص المعلومات في هذا المضمار ، وندرة الاحصاءات أو البيانات الخاصة بهذا الصدد.

٤– ان مشكلة الإرتكاس مشكلة من أهم مشكلات الإدمان ، والإدمان مشكلة من أهم مشكلات العصر ، والضرورة لايجاد حلول لذلك ملحة ، وماسة لتقليص التفشي الوبائي لتلك الظواهر الدخيلة على المجتمع العربي.

٥– ان المفاهيم المرتبطة بالإرتكاس في حاجة إلى تصحيح ،

وتعديل ، وتوجيه لدى المدمن ، ولغيره حتى يمكن الفكاك من براثن الإدمان ، وحتى يمكن اعداد برامج وقائية على أسس علمية وبحثية دقيقة.

٢- أهداف الدراسة :

ويمكن ايجازها فيما يلي :

١- تصميم خمس أدوات مستحدثة خاصة بالإرتكاس ، وتقنينها على البيئة العربية ، ومعرفة تركيبها العاملي وهي :

أ ـ مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس .

ب ـ مقياس الاتجاه نحو العقار البديل (الإرتكاس المتَعَد).

جـ ـ مقياس قلق الإرتكاس .

د ـ قائمة مثيرات الإرتكاس .

هـ ـ قائمة مواقف الإرتكاس ، وعوامله .

٢- مقارنة ذوي الإرتكاسات المرتفعة بنظائرهم من ذوي الأرتكاسات المنخفضة في الاستجابة لهذه المتغيرات ، والتعرف إلى الفروق الناتجة ، وتفسيرها.

٣- مقارنة فروق الترتيب ، والأولوية في الأهمية ، والتأثير والمخاطرة لمثيرات الإرتكاس ، ومواقفه ، وعوامله بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة . وكذا العينة الكلية .

٤- مقارنة التركيب العاملي لمتغيرات الدارسة (الإرتكاس) لدى عيناتها الثلاث ، للتأكد من التصاق مفهوم هذه المتغيرات بالإرتكاس.

٣- مفاهيم الدراسة

فيما يلي نعرض بايجاز شديد لأهم المفاهيم الاجرائية للدراسة .

١- الإرتكاس : Relapse

ويعني كما سبق القول مراراً ـ معاودة التعاطي بعد فترة من التوقف.

٢- ذوو الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة :

High & Low Relapsers

سوف يرد ذكرها في تقسيم العينة .

٣- الإتجاه نحو الإرتكاس :

Attitude Toward Relapse

ويعني الاعتقادات الخاصة بالإرتكاس ، ومعناه ، ومفهومه، ومغزاه ودلالته ، وعمقه ، وثباته ، وتقبله مقابل رفضه ، والموقف منه سلباً وايجاباً ، وصاحب الاتجاه المؤيد هو صاحب الدرجة المرتفعة على المقياس ، والعكس صحيح.

٤- الاتجاه نحو العقار البديل:

Attitude Toward Substitutional Drug

ويعني مدى الحاجة ، ومستوى الرغبة في تناول عقار بديل عوضاً عن العقار الأصلي المعتاد ، وهو يعني من قريب (الإرتكاس المتعد) أي تناول عقار بديلاً من فئة العقار المعتاد. ومدى رفض ذلك أو تقبله ، ومبررات ذلك ، والمعنى خلف ذلك. وصاحب الاتجاه المؤيد هو صاحب الدرجة المرتفعة على المقياس ، والعكس صحيح.

٥- قلق الإرتكاس : **Relapse Anxiety**

ويعني مدى الشعور بالتوتر ، والانزعاج المتعلق بالإرتكاس، ومدى حدته وسفوره ، والصراع القائم بين الامتناع والتعاطي ، والخوف منه ، والتوقعات السالبة الخاصة به ، ومدى القلق الخاص بالحاجة إلى العقار فضلاً عن القلق الخاص بالعلاقة بموضوع العقار . وصاحب الدرجة المرتفعة على المقياس هو الشخص الذي يعاني هذا القلق النوعي .

٦- مثيرات الإرتكاس: **Relapse Cues**

وهي مجموعة من المثيرات المهددة ، والتي تشكل خطراً، وانذاراً بالإرتكاس لدى المدمنيين وتتعلق خاصة بادوات التعاطي، وموادہ ، ومناسباته ، واوقاته ، ولماكنه ، واشخاصة فضلاً عن تقسيم تلك المثيرات وفقاً للحواس البشرية مثل المثيرات البصرية، والشمية ..الخ، وكلما زادت استجابات المفحوص لهذه المثيرات من حيث الحجم كلما دل ذلك على معاناته ، واستهدافه لمثيرات الإرتكاس ، فضلاً عن تقرير اولوية ترتيب تلك المثيرات له من حيث التاثير.

٧- مواقف الإرتكاس ، وعوامله :

High Risk Situations & Factors For Relapse

وهي مجموعة المواقف ، والعوامل المهددة ، والتي تتضمن خطراً ، وانذارا بالإرتكاس لدى المدمنيين ، وهي متعددة نفسية ، أو معرفية ، أو سلوكية ، او صراعات ، أو اضطرابات مزاج ، أو تأثيرات بيئية ، أو اجتماعية ..الخ. وكلما زادت

استجابات المفحوص لهذه المتغيرات كلما دل ذلك على معاناته ، واستهدافه لمواقف الإرتكاس ، وعوامله .

وهذه هي نبذة مختصرة عن مفاهيم الدراسة ، والتي سبق التنويه عنها في مكان أو آخر في الاطار النظري ، وسوف يرد الحديث عنها أيضاً في الجزء الأمبيريقي الميداني الحقلي لهذه الدراسة .

الفروض :

١- توجد فروق جوهرية بين متوسطات درجات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة في متغيرات الدراسة (الإرتكاس) الخمسة ، وذلك لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة.

٢- توجد فروق جوهرية بين تكرارات استجابات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة على قائمة مثيرات الإرتكاس وذلك لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ووجود فروق جوهرية بين تكرارات الأثارة / عدم الاثارة لصالح الاثارة لدى العينة الكلية .

٣- توجد فروق جوهرية بين تكرارات استجابات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة على قائمة مواقف الارتكاس وعوامله وذلك لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ووجود فروق جوهرية بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة لصالح المخاطرة لدى العينة الكلية .

٤- تنتظم المتغيرات الخمسة لهذه الدارسة في بنائها العاملي حول عامل عام يتكرر ظهوره عبر العينات الثلاث وهو عامل الإرتكاس.

٥- العينة :

القوام : ١٢٠

النوع : ذكور

الفئة الاكلينيكية : مدمني هيروين

الانتقاء : عشوائي

المكان : مستشفى الأمل - جدة

المواصفات الإدمانية:

طريقة التعاطي : عن طريق الحقن بالوريد

مدة التعاطي : بحد أدنى ثلاث سنوات

معدل التعاطي اليومي : بحد أدنى ثلاثة جرامات يومياً.

التقسيم الفرعي للعينة :

قسمت العينة إلى فئتين

عينة الإرتكاسات المرتفعة	عينة الإرتكاسات المنخفضة
(ن = ٥٦)	(ن = ٦٤)
High Relapsers	Low Relapsers

محكات التقسيم: بعد الاطلاع على تاريخ الإرتكاس Relapse History الخاص بكل حالة ، تم تحديد المحك الافتراضي التحكمي الخاص بالإرتكاسات السابقة حيث اعتبرت عينة الارتكاسات المنخفضة هي التي صادف افرادها أقل من خمسة إرتكاسات في مدة ثلاث سنوات . وأما عينة الإرتكاسات المرتفعة فهي التي صادف أفرادها أكثر من خمسة إرتكاسات .. مع الأخذ

في الإعتبار النسبة ، والتناسب بين مدة التعاطي ، وحجم الإرتكاسات السابقة.

التجانس العمري : يوضح الجدول التالي التجانس العمري لعينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة.

جدول رقم (٢)

دلالة الفرق العمري بين عينتي الدراسة

عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن= ٦٤)		ت	الدلالة
م	ع	م	ع		
٢٨,٢٨	٤,٨٠	٢٨,٥١	٤,٧٩	٠,٢٦	غير دالة

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) غير دالة ، ويعني هذا تجانس العينة عمرياً. فضلاً عن هذا فلقد روعي أيضاً تجانس العينة الكلية من حيث مستوى التعليم ، والحالة الاجتماعية ، ومحل الإقامة. فكل أفراد العينة من المستوى الثانوي، وكلهم من فئة المتزوجين، وكلهم من المقيمين في مدينة جدة. كذلك روعي تثبيت مدة الإقامة في المستشفى بحيث لا تقل عن شهر ، ولا تزيد عن سنة ، وتم تثبيت المرحلة العلاجية فكلهم في المرحلة التأهيلية بالمستشفى .

٦- الأسلوب الإحصائي :

- المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية .
- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

- معامل ارتباط بيرسون من الدرجات الخام.
- اختبار كا٢ لحسن المطابقة ودلالة الفروق بين التكرارات .
- تحليل عاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج .
- تدوير المحاور المتعامد بطريقة الفاريماكس لكايزر.
- حساب الدرجات التائية كمعايير للأدوات.

٧- الأدوات : Tools

أحتوت الدراسة على أدوات خمس ، صممت من قبل الباحث لتفي بغرض أهداف الدراسة ، وهي مقارنة تقدير الاتجاه نحو الإرتكاس، ونحو العقار البديل ، وقلق الإرتكاس ، ومثيراته، ومواقفه ، وعوامله . وهي في جملتها تعد نتاجاً لتحليل استجابات مجموعة من مدمني الهيروين قوامها (١٥) اختيرت عشوائياً وذلك على تساؤلات مفتوحة لبيان مفهوم كل مقياس على حده ، وتمت صياغة عبارات المقاييس بناء على ذلك التحليل بعد مطالعة التراث الخاص بذلك.

ولقد قننت أدوات الدراسة الخمس على العينة الكلية ـ سالفة الذكر- والبالغ قوامها (١٢٠) من مدمني الهيروين ، وتم حساب صدق الميزان الداخلي للمفردات ، وحساب ثبات الاستقرار ، والتركيب العاملي ، وحساب المعايير وذلك لكل مقياس على حده وتلك المقاييس هي :

١- مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس

Attitude Toward Relapse Scale

٢- مقياس الاتجاه نحو العقار البديل

Attitude Toward Substitutional Drug Scale

٣- مقياس قلق الإرتكاس Relapse Anxiety Scale

٤- قائمة مثيرات الإرتكاس Relapse Cues Inventory

٥- قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله

Relapes High Risk Situations and Factors Inventory

وسوف يتم القاء الضوء بايجاز عن كل مقياس على حده على النحو التالي:

١- مقياس الإتجاه نحو الإرتكاس :

ويعنـي بقيـاس الاتجـاه نحـو الإرتكـاس ، وماهيتـه ، ومفهومه ، ومعناه ، ومحتواه سلباً ، وايجاباً لدى الفرد ، ويتكون من عشرين مفردة ، مصاغة بالاسلوب التقريري ، يجاب عنها بمقياس ثلاثي :

معترض ....(صفر)

محايد ....(١)

موافق..........(٢)

والدرجة الكلية تتروح من (صفر - ٤٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى الاتجاه المؤيد للارتكـاس ، والعكس صحيح . وتوجد بعض المفردات ذات الاجابة المعكوسة ، ولذلك يصحح المقياس وفق المفتاح الآتي :

مفردات المقياس

المفردات المعكوسة (٧مفردات)	المفردات غير المعكوسة (١٣مفردة)
(معترض = ٢ ، محايد= ١ موافق = صفر)	(معترض = صفر ، محايد = ١ ، موافق = ٢)
وهي : (٢،٧، ٨، ١١، ١٥، ١٧، ٢٠)	وهي: (١، ٣، ٤، ٥، ٦، ٩، ١٠، ١٢،١٣،١٤،١٦،١٨،١٩،)

وفيما يلي بيان بخطوات تقنين المقياس :

- الصدق:

حُسبت معاملات صدق المفردات (الميزان الداخلي)

ويوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٣)

معاملات صدق الميزان الداخلي لمفردات مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ر	ب	ر	ب	ر	ب
١-	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٤٠	٠,٠١	٠,٥٨	٠,٠١
٢-	٠,١٥	–	٠,٣٧	٠,٠١	٠,٢٩	٠,٠١
٣-	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١
٤-	٠,٥٢	٠,٠١	٠,١٦	–	٠,٤٥	٠,٠١
٥-	٠,٥٨	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٦٠	٠,٠١
٦-	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٥٩	٠,٠١
٧-	٠,٢٧	٠,٠٥	٠,٣٣	٠,٠١	٠,٣١	٠,٠١
٨-	٠,٢٤	–	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٤٢	٠,٠١
٩-	٠,٥٠	٠,٠١	٠,١١	–	٠,٣٦	٠,٠١
١٠-	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١
١١-	٠,٠٩	–	٠,٥٩	٠,٠١	٠,٣٧	٠,٠١
١٢-	٠,٢٧	٠,٠٥	٠,١٠	–	٠,٢١	٠,٠١
١٣-	٠,٤٥	٠,٠١	٠,٣٤	٠,٠١	٠,٥٠	٠,٠١
١٤-	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٤٥	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٠١
١٥-	٠,١١-	–	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٢٥	٠,٠١
١٦-	٠,٤٥	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٥٩	٠,٠١
١٧-	٠,٠٤	–	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٢٧	٠,٠١
١٨-	٠,٤٠	٠,٠١	٠,٤٦	٠,٠١	٠,٥٣	٠,٠١
١٩-	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٧٥	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١
٢٠-	٠,١٢	–	٠,٣٧	٠,٠١	٠,٢٨	٠,٠١

(ن = ٥٦ ⟵ ٠,٠٥ ≥ ٠,٢٧٣ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٣٥٤)

(ن = ٦٤ ⟵ ٠,٠٥ ≥ ٠,٢٥٠ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٣٢٥)

(ن = ١٢٠ . ⟵ ٠,٠٥ ≥ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٢٥٤)

ويتضح من الجدول السابق ، ما يلي:

أولاً: عينة الإرتكاسات المرتفعة :

١- توجد مفردتان تبلغان مستوى دلالة (٠,٠٥) أي بنسة (١٠٪)

٢- توجد(١٢) مفردة تبلغ مستوى دلالة(٠,٠١) أي بنسة (٦٠٪)

٣- توجد ست مفردات لم تصل لحد الدلالة أي بنسبة (٣٠٪)

٤- توجد (١٦) مفردة دالة أي أن المقياس صادق بنسة (٨٠٪)

ثانياً: عينة الإرتكاسات المنخفضة :

١- توجد ثلاث مفردات غير دالة أي بنسبة (١٥٪)

٢- توجد (١٧) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن المقياس صادق بنسبة (٨٥٪) .

ثالثاً: العينة الكلية :

١- توجد مفردة واحدة دالة عند مستوى (٠,٠٥) أي بنسبة(٥٪).

٢- توجد(١٩) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي بنسبة (٩٥٪)

٣- يعد هذا المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪) لدى العينة الكلية .

ب - الثبات :

على عينة عشوائية قوامها (٣٠) مدمناً للهيروين تم حساب ثبات الاستقرار عبر الزمن بإعادة التطبيق Test-Retest بفارق زمني (أسبوع) اسفرت النتائج عن أن معامل ثبات مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس يبلغ القيمة (٠,٨٤) وهو ثبات دال.

جـ - التركيب العاملي للمقياس :

فيما يلي نعرض خطوات حساب التركيب العاملي للمقياس بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج ، وتدوير المحاور المتعامد بطريقة الفاريماكس لكايزر.

جدول رقم (٤)

المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية لمقياس الاتجاه نحو الإرتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	م	ع	م	ع	م	ع
١-	١,٠٥	٠,٧٧	٠,٥١	٠,٦٨	٠,٧٦	٠,٧٧
٢-	١,٠٨	٠,٧٤	٠,٩٢	٠,٧٨	١,٠٠	٠,٧٩
٣-	٠,٥٨	٠,٧٣	٠,٢٠	٠,٤٤	٠,٣٨	٠,٦٢
٤-	٠,٤٦	٠,٦٨	٠,١٠	٠,٣٦	٠,٢٧	٠,٥٦
٥-	٠,٦٢	٠,٧٢	٠,٢٣	٠,٤٩	٠,٤١	٠,٦٤
٦-	٠,٧٩	٠,٧٣	٠,٢٩	٠,٥٥	٠,٥١	٠,٦٨
٧-	٠,٨٩	٠,٧٣	٠,٧٥	٠,٧٣	٠,٨١	٠,٧٣
٨-	٠,٨٥	٠,٨١	٠,٦٨	٠,٧٥	٠,٧٦	٠,٧٨
٩-	١,٠٧	٠,٧٠	٠,٦٥	٠,٨٠	٠,٨٥	٠,٧٨
١٠-	٠,٣٩	٠,٦٥	٠,١٤	٠,٤٣	٠,٢٥	٠,٥٥
١١-	١,١٢	٠,٧١	٠,٩٨	٠,٧٨	١,٠٥	٠,٧٥
١٢-	١,٠٠	٠,٧٣	٠,٨٢	٠,٧٦	٠,٩٠	٠,٧٥
١٣-	٠,٨٠	٠,٧٤	٠,٣١	٠,٥٥	٠,٥٤	٠,٦٩
١٤-	٠,٧٦	٠,٧١	٠,٢٣	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٦٩
١٥-	١,٢٣	٠,٧٣	١,٠٩	٠,٨١	١,١٥	٠,٧٧
١٦-	٠,٧٥	٠,٧٩	٠,٢٦	٠,٥٤	٠,٤٩	٠,٦٩
١٧-	٠,٨٣	٠,٧٠	٠,٧٨	٠,٧٦	٠,٨٠	٠,٧٣
١٨-	١,١٤	٠,٦٨	٠,٥٩	٠,٧٧	٠,٨٤	٠,٧٧
١٩-	١٠,٦٤	٠,٦٧	٠,٢١	٠,٥٤	٠,٤١	٠,٦٤
٢٠-	٠,٨٥	٠,٧٤	٠,٦٨	٠,٧٣	٠,٧٦	٠,٧٤
الجملة	١٦,٩٤	٥,٠٩	١٠,٥١	٥.٤٤	١٣,٥١	٦,١٨

جدول رقم (٥)

المصفوفة الارتباطية لمفردات مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
١	-																			
٢	٠٩-	-																		
٣	٢٤	٠١-	-																	
٤	٢٠	٠١	١٨	-																
٥	٢٨	١٠	٤٣	٢٠	-															
٦	٤٣	٠٠	٢٧	٢٣	٤٢	-														
٧	٠٦-	٣٥	٠٦	٠٦	٠٩	١٢-	-													
٨	٠٨	٤٥	٠٩	١٠	٠٧	١٠	٣٩	-												
٩	٤٥	٣٣-	٢٢	٠٩	٣٤	٣٦	١٢-	١٩-	-											
١٠	٢٥	٠٧	٢٢	٤٩	٤١	٢٨	٠٥	٢٥	١٦	-										
١١	٠٣-	٢٤	٠١	٠١-	٠	١٧	٣٣	٤١	٠٧-	٠٨	-									
١٢	٣٢	٣٣-	٢٨	٠٣	٢٨	٢٢	١٨-	٢٧-	٢٥	٠٢-	٢٤-	-								
١٣	٤٦	٠٦-	٢٣	٢٥	٣١	٤٦	١٠-	٠٠	٤١	٣٠	٠٨-	٢٨	-							
١٤	٤٠	٠٨	٣١	٣١	٣٥	٤٣	٠٧-	٠٢	٤٠	٢٨	٠٥	١٢	٤١	-						
١٥	٠٧-	١٥	٠٤	٠٤-	٠٣	٠٢-	٣٥	٣٠	١٦-	٠٥-	٢٧	١٦-	١٥-	١٥-	-					
١٦	٣٨	٠٩	٤٧	٣٩	٤٧	٢٧	٠٤	١٩	٢٧	٣١	٠٩	١٦	٢٧	٣١	١٠	-				
١٧	١٥-	٢١	٠٣-	٠٦-	٠٦	٠١	٣٢	٣١	١٥-	٠٨	٢٧	١٨-	٠	٠٤-	٢٥	٠٠	-			
١٨	٥٠	٠٤	٢٩	١٣	٣٥	٢٩	٠٢-	٠٦	٢٧	٢٥	٠٥	١٨	٢٥	٣٦	٠٥	٣٦	١٨-	-		
١٩	٤٨	٠٦	٢٦	٣٩	٣٦	٤٩	٠٠	١٤	٢٤	٤٠	٠٧	٣٣	٣٥	٤٥	٠٨	١٩	٠٢	٤٣	-	
٢٠	٠٩-	٢٥	٠٩-	٠٠	٠٤	١٢-	٢٢	٢٠	١٧-	٠٦	٣٨	٢٠-	٠٦-	٠٩	٢١	٢	٤٥	٠٥-	٠٠	-

* حذفت العلامة العشرية .

(٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

جدول رقم (٦)

المصفوفة العاملية لمفردات مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

العوامل / المتغيرات	ع١	ع٢	ع٣	ع٤	ع٥	هـ٢
١	٠,٦٩	٠,٣٠	٠,٢١ –	٠,١٠	٠,٠٢	٠,٦٣
٢	٠,٠٧ –	٠,٠٣	٠,٤٧	٠,٣١	٠,١٧	٠,٣٦
٣	٠,١٢	٠,٧٨	٠,٠٨ –	٠,٠٣	٠,٢٤	٠,٧٠
٤	٠,١١	٠,٣٨	٠,١	٠,٠٨ –	٠,٧٦	٠.٧٥
٥	٠,٣٨	٠,٦٥	٠,١٣	٠,٠٠	٠,٠٥	٠,٦٠
٦	٠,٧٣	٠,١٣	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٥٧
٧	٠,١٨ –	٠,٢٠	٠,٤٩	٠,٣٨	٠,٠٥	٠,٤٧
٨	٠,٠٠	٠,٠٤	٠,٢٦	٠,٦٤	٠,٢٩	٠,٥٧
٩	٠,٦٤	٠,١٣	٠,١٦ –	٠,١٩ –	٠,١٠ –	٠,٥٠
١٠	٠,٣٤	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٨	٠,٧٣	٠,٦٧
١١	٠,١٣	٠,١١ –	٠,٣٥	٠,٦٤	٠,٠٣ –	٠,٥٨
١٢	٠,٣٠	٠,٤٩	٠,١٤ –	٠,٣٧ –	٠,٣١ –	٠,٦٠
١٣	٠,٦٦	٠,١٧	٠,٠٩	٠,٢٦ –	٠,١٣	٠,٥٦
١٤	٠,٦٧	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠٧ –	٠,٣٦	٠,٦٠
١٥	٠,١٠ –	٠,١٤	٠,١٤	٠,٦٧	٠,١٩ –	٠,٥٥
١٦	٠,٢٨	٠,٦٢	٠,٠٠	٠,١٩	٠,١٦	٠,٥٤
١٧	٠,٠٢ –	٠,٠١	٠,٨٠	٠,١٠	٠,٠١ –	٠,٦٦
١٨	٠,٥٣	٠,٢٦	٠,٣٢ –	٠,٣٦	٠,٠٣	٠,٥٩
١٩	٠,٦٢	٠,١٥	٠,٠٣ –	٠,١٧	٠,٣٠	٠,٥٤
٢٠	٠,٠٤	٠,٠٨ –	٠,٧٢	٠,١٧	٠,٠٢ –	٠,٥٧
الجذر الكامن	٤,٨٩	٣,١٨	١,٢٩	١,٢٥	١,٠٦	
٪ نسبة التباين	٢٤,٥٠	١٥,٩٠	٦,٥٠	٦,٣٠	٥,٣٠	
التباين التراكمي	٢٤,٥٠	٤٠,٤٠	٤٦,٩٠	٥٣,٢٠	٥٨,٥٠	

ويتضح من الجدول السابق أن جملة العوامل المستخرجة قبل التفسير هي خمسة عوامل استقطبت في جملتها (٥٨,٥٠٪) من جملة التباين العاملي ، وفيما يلي بيان بهوية كل عامل علماً بأن المحك الافتراضي التحكمي لجوهرية التشبعات هو : (٠,٣٧) ، والمحك الافتراضي التحكمي لجوهرية العامل هو احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية .

العامل الأول :

- المسمى : عامل عام للإتجاه نحو الإرتكاس
- الجذر الكامن : ٤,٨٩
- نسبة التباين : ٢٤,٥٠٪
- طبيعة القطب : احادي القطب
- التشبعات الجوهرية : ٨ تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٦	٠,٧٣
١	٠,٦٩
١٤	٠,٦٧
١٣	٠,٦٦
٩	٠,٦٤
١٩	٠,٦٢
١٨	٠,٥٣
٥	٠,٣٨

- التشبعات احادية المعنى: المفردات رقم (٦، ١، ١٤، ١٣،٩،١٩،١٨)

- التشبعات ثنائية المعنى: المفردة رقم (٥) ، وتتشبع بدلالة على العاملين الأول ، والثاني .

العامل الثاني :

- المسمى : عامل الاتجاه الخاص بالهروب
- الجذر الكامن : ٣,١٨
- نسبة التباين : ١٥,٩٠٪
- طبيعة القطب : أحادي القطب
- التشبعات الجوهرية : ٥ تشبعات إيجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٣	٠,٧٨
٥	٠,٦٥
١٦	٠,٦٢
١٢	٠,٤٩
٤	٠,٣٨

- التشبعات أحادية المعني : المفردات رقم (٣، ١٦ ، ٤).
- التشبعات ثنائية المعنى : المفردتان رقم (٥، ١٢)

المفردة (٥) وتتشبع على العاملين الأول والثاني ، والمفردة (١٢) وتتشبع على العاملين الثاني والرابع .. وتشبعها على العامل الرابع سلبي .

العامل الثالث:

- المسمى : الإتجاه الخاص بالوجدان السالب المصاحب للإرتكاس .
- الجذر الكامن : ١,٢٩
- نسبة التباين : ٦,٥٠٪
- طبيعة القطب : أحادي القطب
- التشبعات الجوهرية : ٤ تشبعات ايجابية جوهرية هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٧	٠,٨٠
٢٠	٠,٧٢
٧	٠,٤٩
٢	٠,٤٧

- التشبعات أحادية المعنى :المفردات رقم (١٧، ٢٠، ٢)
- التشبعات ثنائية المعنى : المفردة رقم (٧) وتتشبع على العاملين الثالث والرابع .

العامل الرابع :

- المسمى : عامل رفض الإرتكاس مقابل العناد
- الجذر الكامن : ١,٢٥
- نسبة التباين : ٦,٣٠٪
- طبيعة القطب : ثنائي القطب
- التشبعات الجوهرية : (٥ تشبعات) ٤ ايجابية ، وتشبع واحد سلبي و هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٥	٠,٦٧
٨	٠,٦٤
١١	٠,٦٤
٧	٠,٣٨
١٢	٠,٣٧ -

- التشبعات احادية المعنى : المفردات رقم (١٥، ٨، ١١)
- التشبعات ثنائية المعنى : المفردتان (٧ ، ١٢) ، والمفردة (٧) تتشبع على العاملين الثالث والرابع ، والمفردة (١٢) تتشبع على العاملين الثاني والرابع . وتشبعها على العامل الرابع سلبي.

العامل الخامس :

يعد العامل الخامس جدير بالتجاهل لأنه يحتوي فقط على تشبعين جوهريين هما المفردتان (٤،١٠) لذلك يمكن استبعاده من الصورة العاملية ..ليصبح التركيب العاملي للمقياس في جملته يتكون من أربعة عوامل أولها عامل عام ، وبقيتها عوامل نوعية.

المعايير:

يعرض الجدول التالي معايير المقياس على العينة الكلية .

(*) جدول رقم (٧)

معايير مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٢٨	٢١	٦٢
١	٣٠	٢٢	٦٤
٢	٣١	٢٣	٦٥
٣	٣٣	٢٤	٦٧
٤	٣٥	٢٥	٦٩
٥	٣٦	٢٦	٧٠
٦	٣٨	٢٧	٧٢
٧	٣٩	٢٨	٧٣
٨	٤١	٢٩	٧٥
٩	٤٣	٣٠	٧٧
١٠	٤٤	٣١	٧٨
١١	٤٦	٣٢	٨٠
١٢	٤٨	٣٣	٨٢
١٣	٤٩	٣٤	٨٣
١٤	٥١	٣٥	٨٥
١٥	٥٢	٣٦	٨٦
١٦	٥٤	٣٧	٨٨
١٧	٥٦	٣٨	٩٠
١٨	٥٧	٣٩	٩١
١٩	٥٩	٤٠	٩٣
٢٠	٦١		

(*) الدرجة التائية = $\frac{\text{الدرجة الخام ـ ١٣,٥١}}{\text{٦,١٨}} \times$ ١٠+ ٥٠

٢- مقياس الاتجاه نحو العقار البديل

ويعني بقياس الاتجاه نحو العقار البديل ومدى الحاجة إليه، ومستوى تفضيله ، ومغزاه ، ومعناه ، وأهميته لدى الفرد ، ويتكون من عشرين مفردة ، مصاغة بالأسلوب التقريري ، يجاب عنها بمقياس خماسي هو :

لا مطلقا .... (صفر)
قليلاً .... (١)
متوسط .... (٢)
كثيراً........... (٣)
دائماً........... (٤)

والدرجة الكلية تتراوح من (صفر ــ ٨٠) درجة ، والدرجة المرتفعة تشير إلى الأتجاه المؤيد لتناول عقار بديل ، والعكس صحيح.

تقنين المقياس :

الصدق :

يوضح الجدول التالي حساب معاملات صدق المفردات .

جدول رقم (٨)

معاملات صدق الميزان الداخلي لمفرادت مقياس الاتجاه نحو العقار البديل لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ر	ب	ر	ب	ر	ب
١-	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٢٤	–	٠,٥٢	٠,٠١
٢-	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٥٥	٠,٠١
٣-	٠,٤٢	٠,٠١	٠,٣٥	٠,٠١	٠,٤٨	٠,٠١
٤-	٠,٥٨	٠,٠١	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١
٥-	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٣٥	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١
٦-	٠,٥٩	٠,٠١	٠,٦٣	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١
٧-	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٦١	٠,٠١
٨-	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٥٣	٠,٠١	٠,٧٠	٠,٠١
٩-	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٣٠	٠,٠٥	٠,٤٠	٠,٠١
١٠-	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٤٠	٠,٠١	٠,٥٩	٠,٠١
١١-	٠,٦٦	٠,٠١	٠,٤٦	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١
١٢-	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٦٤	٠,٠١
١٣-	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٢٩	٠,٠٥	٠,٥٥	٠,٠١
١٤-	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٧٠	٠,٠١
١٥-	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١
١٦-	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٦١	٠,٠١	٠,٦٨	٠,٠١
١٧-	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٦٣	٠,٠١	٠,٦٥	٠,٠١
١٨-	٠,٦٦	٠,٠١	٠,٦٨	٠,٠١	٠,٧٥	٠,٠١
١٩-	٠,٦٤	٠,٠١	٠,١٣	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١
٢٠-	٠,٤١	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١	٠,٦٥	٠,٠١

(ن = ٥٦ ⟵ ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٧٣ ، ٠,١ ≤ ٠,٣٥٤)

(ن = ٦٤ ⟵ ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٥٠ ، ٠,١ ≤ ٠,٣٢٥)

(ن = ١٢٠ ⟵ ٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- عينة الإرتكاسات المرتفعة:

جيمع مفردات المقياس دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪) .

٢- عينة الإرتكاسات المنخفضة :

١- توجد مفردتان دالتان عن مستوى (٠,٠٥) أي بنسة (١٠٪)

٢- توجد ١٨ مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي بنسبة (٩٠٪)

٣- جميع مفردات المقياس دالة أي أن المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪).

٣- العينة الكلية :

جميع مفردات المقياس دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪).

الثبات :

حُسب ثبات الاستقرار باعادة الاختبار بفارق زمني اسبوع على العينة البالغ قوامها (٣٠) مدمناً للهيروين ، وبلغ معامل الثبات القيمة (٠,٩٢).. وهو ثبات دال ومرتفع.

التركيب العاملي :

فيما يلي خطوات ، ونتائج حساب التركيب العاملي للمقياس كما توضحة الجداول التالية:

جدول رقم (٩)

المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية لمقياس الاتجاه نحو العقار البديل لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الارتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	م	ع	م	ع	م	ع
١-	١,٣٧	١,٢١	٠,٤٨	٠,٩٧	٠,٩٠	١,١٧
٢-	١,٥٥	١,٠٦	٠,٦٧	١,٠٨	١,٠٨	١,١٥
٣-	١,٢٩	١,٠٥	٠,٦٢	٠,٩٨	٠,٩٢	١,٠٦
٤-	١,١٩	١,١٣	٠,٣٩	٠,٨٤	٠,٧٦	١,٠٦
٥-	١,٢١	١,٠٥	٠,٤٢	٠,٩٥	٠,٧٩	١,٠٧
٦-	١,٢٦	١,١١	٠,٣٩	٠,٧٩	٠,٨٠	١,٠٤
٧-	١,٥٣	١,٢٢	٠,٩٨	٠,٩٥	١,٠٨	١,١٦
٨-	١,٤٤	١,٢٣	١,٤٢	٠,٦٨	٠,٩٠	١,١٠
٩-	١,٧٦	١,١٩	١,٢٣	١,٣٨	١,٤٨	١,٢٩
١٠-	١,٣٧	١,١٥	٠,٥٦	٠,٩٩	٠,٩٤	١,١٣
١١-	١,٢٨	١,١٨	٠,٣٢	٠,٧٣	٠,٧٧	١,٠٨
١٢-	١,٥١	١,٣٠	٠,٤٣	٠,٨١	٠,٩٤	١,١٩
١٣-	١,٥١	١,٢٢	٠,٤٩	٠,٨٥	٠,٩٥	١,١٦
١٤-	١,٤٢	١,٢١	٠,٣٥	٠,٧٩	٠,٨٥	١,١٥
١٥-	١,٦٦	١,١٩	٠,٤٠	٠,٨١	٠,٩٩	١,١٨
١٦-	١,٦٩	١,٣٤	٠,٥٤	٠,٨٥	١,٠٨	١,٢٤
١٧-	١,٨٠	١,٣١	٠,٦٥	٠,٩٦	١,١٩	١,٢٧
١٨-	١,٣٩	١,١٣	٠,٣٩	٠,٧٩	٠,٨٥	١,٠٧
١٩-	١,٣٥	١,١٥	٠,٥٤	٠,٨٨	٠,٩٢	١,٠٩
٢٠-	١,٥٨	١,٣١	٠,٤٠	٠,٨٣	٠,٩٥	١,٢٣
جملة	٢٩,٢٥	١٢,٦١	١٠,٤٣	٨,٨٢	١٩,٢١	١٤,٣٣

جدول رقم (١٠)

المصفوفة الارتباطية لمقياس الاتجاه نحو العقار البديل لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
١	-																			
٢	٥٦	-																		
٣	٣٣	١٦	-																	
٤	٣٢	٣٠	٢٢	-																
٥	١٤	١٢	٢٦	٢٨	-															
٦	٤٠	٤٣	٢٢	٣٧	٣١	-														
٧	٢٢	٣٩	٣٣	٣٢	٢٨	٥٨	-													
٨	٣٨	٣٤	٣٣	٤٢	٢٤	٥٠	٤٧	-												
٩	١٦	١٩	٢١	١٥	٠٠	١٨	١٤	٢١	-											
١٠	١٧	٠٩	٢٢	٣٣	١٢	٣٥	٣٢	٣٣	٣١	-										
١١	٣٣	٤٠	٢٤	٤٢	٤٦	٥١	٣٣	٤٧	٢٦	٤٥	-									
١٢	٢٨	٣١	٢٠	٢٩	٢٧	٣٤	٤٠	٤٦	١٧	٣٣	٤٢	-								
١٣	٢٥	٣٩	١٨	٣١	٢٨	٤٠	٣٥	٤٠	١٦	٣٤	٤٢	٢٥	-							
١٤	٢٨	٣٤	٣١	٤٤	٤٦	٤٥	٣٠	٤٥	٣٣	٤٤	٥٤	٣٩	٢٩	-						
١٥	٣٣	٣٩	٣٣	٤١	٣٩	٣٩	٢٩	٤٣	١٦	٣٨	٤٤	٦٣	٢١	٤٦	-					
١٦	٤١	٣٣	٣٧	٤١	٢٥	٣٦	٤٤	٥٠	٢٠	٤٤	٣٨	٤٤	٢٨	٣٤	٤٦	-				
١٧	٢٦	٣٠	٢٥	٣١	٢٤	٤٢	٣١	٣٥	٢٢	٢٢	٤١	٤٣	٢٢	٤٠	٤٣	٦٢	-			
١٨	٣٥	٣٨	٣٤	٤٦	٣٦	٥٥	٣٦	٤٧	٣٣	٤٠	٥٢	٤٢	٣٣	٤٨	٤٣	٤٥	٦٠	-		
١٩	٢٤	٣٣	٢٥	٤٠	٣٥	٤٩	٣٨	٣٩	٢٨	٣٨	٣٩	٤٤	٢٢	٥١	٤٢	٣٦	٤٧	٦٧	-	
٢٠	٣٠	٣٣	١٦	١٥	٤٣	٣٤	٣٨	٤٦	١٤	٣٧	٣٩	٤٥	٤٣	٣٥	٤٧	٤١	٤٦	٤٩	٥١	-

* حذفت العلامة العشرية .

(٠,٠٥ ≥ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٢٥٤)

جدول رقم (١١)

المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد بالفاريماكس لمفردات مقياس الاتجاه نحو العقار البديل لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

العوامل / المتغيرات	ع١	ع٢	ع٣	ع٤	قيم الشيوع
١	٠,١٧	٠,٠٢	٠,٧٧	٠,١٧	٠,٦٥
٢	٠,٢٠	٠,٠٩	٠,٧٧	٠,٠٧	٠,٦٦
٣	٠,٠٥	٠,٢١	٠,٣٢	٠,٥١	٠,٤٦
٤	٠,٢٩	٠,٤٧	٠,٢٦	٠,١٧	٠,٤٢
٥	٠,١٩	٠,٧٧	٠,٠٢ -	٠,٠١-	٠,٦٣
٦	٠,٢٣	٠,٤٩	٠,٥٢	٠,١٣	٠,٥٩
٧	٠,٢٥	٠,٣٨	٠,٥٠	٠,٠٤	٠,٤٦
٨	٠,٣٨	٠,٤١	٠,٤٤	٠,١١	٠,٥٣
٩	٠,١٢	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٨٢	٠,٧٠
١٠	٠,٣١	٠,٥٥	٠,٠٨-	٠,٣٨	٠,٥٥
١١	٠,٢٩	٠,٦١	٠,٢٢	٠,٢٣	٠,٥٦
١٢	٠,٧٢	٠,١٩	٠,٢٢	٠,٠١ -	٠,٦١
١٣	٠,٠٩	٠,٦١	٠,٣٠	٠,٠٠	٠,٤٨
١٤	٠,٢٥	٠,٥٨	٠,١٩	٠,٤٠	٠,٦٠-
١٥	٠,٦٣	٠,٣٣	٠,٢٦	٠,٠١-	٠,٥٩ -
١٦	٠,٦٣	٠,١٢	٠,٣٢	٠,٢٤	٠,٥٨
١٧	٠,٧٤	٠,٠٨	٠,١٦	٠,٢٧	٠,٦٦
١٨	٠,٥٣	٠,٣٤	٠,٢٤	٠,٤١	٠,٦٣
١٩	٠,٥٤	٠,٣٨	٠,١٣	٠,٢٩	٠,٥٤
٢٠	٠,٦٤	٠,٤٤	٠,٢	٠,٠٢-	٠,٦٢
الجذر الكامن	٧,٩٧	١,٣٧	١,١٤	١,٠٨	
نسبة التباين	٣٩,٩٠	٦,٩٠	٥,٧٠	٥,٤٠	
التباين التراكمي	٣٩,٩٠	٤٦,٨٠	٥٢,٥٠	٥٧,٩٠	

تفسير الصورة العاملية :

احتوت الصورة العاملية للمقياس على أربعة عوامل (قبل التفسير) واستقطبت في جملتها (٥٧,٩٠٪) من جملة التباين العاملي الكي . وهي عوامل احادية القطب .. وفيما يلي بيان ببوية كل عامل علماً بأن المحك التحكمي الافتراضي لجوهرية التشبع هو (٠,٣٩) ، والمحك الافتراضي التحكمي لجوهرية العامل هو احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

العامل الأول:

- المسمى : عامل الاتجاه نحو العقار البديل كحل للمشكلات
- الجذر الكامن : ٧,٩٧
- نسبة التباين : ٣٩,٩٠٪
- طبيعة القطب : احادي القطب
- التشبعات الجوهرية : سبعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٧	٠,٧٤
١٢	٠,٧٢
٢٠	٠,٦٤
١٥	٠,٦٣
١٦	٠,٦٣
١٩	٠,٥٤
١٨	٠,٥٣

- التشبعات أحادية المعنى:المفردات رقم: (١٧،١٢،١٥، ١٦، ١٩)
- التشبعات ثنائية المعنى : المفردتان رقم (١٨، ٢٠) والمفردة (١٨) تتشبع على العاملين الأول والرابع ، والمفردة (٢٠) تتشبع على العاملين الأول والثاني .
- لا توجد تشبعات متعددة المعنى لمفردات المقياس .

العامل الثاني :

- المسمى : عامل الاتجاه الخاص باقتصاديات الإرتكاس
- الجذر الكامن : ١,٣٧
- نسبة التباين : ٦,٩٠٪
- طبيعة القطب : احادي القطب
- التشبعات الجوهرية : تسعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٥	٠,٧٧
١١	٠,٦١
١٣	٠,٦١
١٤	٠,٥٨
١٠	٠,٥٥
٦	٠,٤٩
٤	٠,٤٧
٢٠	٠,٤٤
٨	٠,٤١

– التشبعات الجوهرية أحادية المعنـى : المفردات رقم (٥، ١١، ١٣، ١٠، ٤)

– التشبعات الجوهريـة ثنائيـة المعنـى : المفردات رقـم (٨، ٦ ، ١٤، ٢٠) والمفردتـان (٨ ، ٦) تتشبعان علـى العـاملين الأول ، والثـالث، والمفردة (١٤) تتشبع علـى العـاملين الثـاني والرابـع ، والمفردة (٢٠) تتشبع على العاملين الأول والثاني .

– لا توجد تشبعات متعددة المعنى لهذا العامل .

العامل الثالث :

– المسمى : عامل الاتجاه الخاص بالتشافي الكاذب

– الجذر الكامن : ١,١٤

– نسبة التباين : ٥,٧٠٪

– طبيعة القطب : احادي القطب

– التشبعات الجوهرية :خمسة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١	٠,٧٧
٢	٠,٧٧
٦	٠,٥٢
٧	٠,٥٠
٨	٠,٤٤

– التشبعات الجوهرية أحادية المعنى :المفردات رقم (١، ٢، ٧)

– التشبعات الجوهريـة ثنائيـة المعنـى : المفردتـان رقـم (٦، ٨) وهما تتشبعان على العاملين الثاني ، والثالث لهذا العامل.

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل .

العامل الرابع :

- المسمى : عامل الاتجاه الخاص بالتدعيم ، والإصرار

- الجذر الكامن : ١,٠٨

- نسبة التباين : ٥,٤٠٪

- طبيعة القطب : احادي القطب

- التشبعات الجوهرية : أربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٩	٠,٨٢
٣	٠,٥١
١٨	٠,٤١
١٤	٠,٤٠

- التشبعات أحادية المعنى : المفردتان رقم : (٩، ٣)

- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى: المفردتان رقم(١٨، ١٤) والمفردة (١٨) تتشبع على العاملين الأول والرابع ، والمفردة (١٤) تتشبع على العاملين الثاني والرابع .

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل .

المعايير :

يوضح الجدول التالي معايير المقياس

(*) جدول رقم (١٢)

معايير مقياس الاتجاه نحو العقار البديل لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠٠)

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٣٧	٢١	٥١	٤٢	٦٦	٦٣	٨١
١	٣٧	٢٢	٥٢	٤٣	٦٧	٦٤	٨١
٢	٣٨	٢٣	٥٣	٤٤	٦٧	٦٥	٨٢
٣	٣٩	٢٤	٥٣	٤٥	٦٨	٦٦	٨٣
٤	٣٩	٢٥	٥٤	٤٦	٦٩	٦٧	٨٣
٥	٤٠	٢٦	٥٥	٤٧	٦٩	٦٨	٨٤
٦	٤٠	٢٧	٥٥	٤٨	٧٠	٦٩	٨٥
٧	٤١	٢٨	٥٦	٤٩	٧١	٧٠	٨٦
٨	٤٢	٢٩	٥٧	٥٠	٧٢	٧١	٨٦
٩	٤٣	٣٠	٥٨	٥١	٧٢	٧٢	٨٧
١٠	٤٤	٣١	٥٨	٥٢	٧٣	٧٣	٨٨
١١	٤٤	٣٢	٥٩	٥٣	٧٤	٧٤	٨٨
١٢	٤٥	٣٣	٦٠	٥٤	٧٤	٧٥	٨٩
١٣	٤٦	٣٤	٦٠	٥٥	٧٥	٧٦	٩٠
١٤	٤٦	٣٥	٦١	٥٦	٧٦	٧٧	٩٠
١٥	٤٧	٣٦	٦٢	٥٧	٧٦	٧٨	٩١
١٦	٤٨	٣٧	٦٢	٥٨	٧٧	٧٩	٩٢
١٧	٤٨	٣٨	٦٣	٥٩	٧٨	٨٠	٩٣
١٨	٤٩	٣٩	٦٤	٦٠	٧٩		
١٩	٥٠	٤٠	٦٥	٦١	٧٩		
٢٠	٥١	٤١	٦٥	٦٢	٨٠		

(*) الدرجة التائية = $\frac{\text{الدرجة الخام ـ ١٩,٢١}}{\text{١٤,٢٧}}$ × ١٠ + ٥٠

٣- مقياس قلق الإرتكاس

ويعني بقياس مفهوم قلق الإرتكاس ، واعراضه والخوف منه ، ومدى معاناة الفرد منه ، والتوقعات الخاصة به ، وصراعاته، وحدتها ، والقلق الخاص بالحاجة للعقار ، والعلاقة بالعقار. ويتكون من عشرين مفردة ، مصاغة بالأسلوب التقريري، يجاب عنها بمقياس خماسي هو :

لامطلقاً ...... (صفر)

قليلاً .... (١)

متوسط....... (٢)

كثيراً........ (٣)

دائماً......... (٤)

والدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين (صفر ـ ٨٠) درجة ، والدرجة المرتفعة تعني ارتفاع معدل قلق الإرتكاس ، والعكس صحيح.

تقنين المقياس:

الصدق :

يوضح الجدول التالي معاملات صدق مفردات المقياس

جدول رقم (١٣)

معاملات صدق الميزان الداخلي لمفردات مقياس قلق الإرتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ر	ب	ر	ب	ر	ب
-١	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٤٠	٠,٠١	٠,٥٧	٠,٠١
-٢	٠,٣٢	٠,٠٥	٠,١٠	-	٠,٣٠	٠,٠١
-٣	٠,٦٣	٠,٠١	٠,١٧	-	٠,٦٤	٠,٠١
-٤	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٤٦	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١
-٥	٠,٥٩	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١	٠,٦٤	٠,٠١
-٦	٠,٤٥	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٠١	٠,٦٤	٠,٠١
-٧	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٧٠	٠,٠١
-٨	٠,٤١	٠,٠١	٠,٢٨	٠,٠٥	٠,٥٣	٠,٠١
-٩	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٦٨	٠,٠١
-١٠	٠,٤٢	٠,٠١	٠,٣٥	٠,٠١	٠,٤٣	٠,٠١
-١١	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٦٥	٠,٠١	٠,٦٩	٠,٠١
-١٢	٠,٥٣	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٦٥	٠,٠١
-١٣	٠,٥١	٠,٠١	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٥٥	٠,٠١
-١٤	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٣٢	٠,٠١	٠,٦٣	٠,٠١
-١٥	٠,٦٥	٠,٠١	٠,٢٩	٠,٠٥	٠,٦٥	٠,٠١
-١٦	٠,٤٢	٠,٠١	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٦١	٠,٠١
-١٧	٠,٥١	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١	٠,٦٧	٠,٠١
-١٨	٠,٣٧	٠,٠١	٠,٣٠	٠,٠٥	٠,٤٧	٠,٠١
-١٩	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١
-٢٠	٠,٥١	٠,٠١	٠,٣٢	٠,٠١	٠,٦٦	٠,٠١

(ن = ٥٦ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٧٣ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٥٤)

(ن = ٦٤ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٥٠ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٢٥)

(ن = ١٢٠ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

ويتضح من الجدول رقم (١٣) الآتي :

- عينة الإرتكاسات المرتفعة :

١- توجد مفردة واحدة دالة عند مستوى (٠,٠٥) أي بنسبة (٥٪)

٢- توجد (١٩) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١)أي بنسبة (٩٥٪)

٣- جميع مفردات المقياس دالة ، أي أن المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪).

- عينة الإرتكاسات المنخفضة:

١- توجد مفردتان لم تصلا إلى حد الدلالة ، أي بنسبة (١٠٪)

٢- توجد ثلاث مفردات دالة عند مستوى (٠,٠٥) أي بنسبة (١٥٪).

٣- توجد (١٥) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي بنسبة (٧٥٪).

٤- توجد (١٨) مفردة دالة ..أي أن القياس صادق بنسبة (٩٠٪).

العينة الكلية :

جميع مفردات المقياس دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن المقياس صادق بنسبة (١٠٠٪).

الثبات :

حُسب معامل ثبات الاستقرار باعادة الاختبار بفارق زمني اسبوع على عينة الثبات البالغ قوامها (٣٠) مدمناً للهيروين ، وأسفرت النتائج عن وجود معامل ثبات دال ومرتفع تبلغ قيمته (٠,٨٩).

التركيب العاملي :

فيما يلي بيان بخطوات حساب التركيب العاملي لمفردات المقياس على العينة الكلية (ن = ١٢٠) كما توضحة الجداول التالية:

جدول رقم (١٤)

المتوسطات الحسابية ، والإنحرافات المعيارية لمقياس قلق الإرتكاس لدى عينات الدارسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	م	ع	م	ع	م	ع
-١	١,٣٩	١,٣٥	٠,٥٦	٠,٨٨	٠,٩٥	١,٢٠
-٢	٢,٠٥	١,٢٧	١,٤٥	١,٤٦	١,٧٣	١,٤٠
-٣	١,٥٠	١,٢٧	٠,٤٠	٠,٨١	٠,٩١	١,١٨
-٤	١,٩٠	١,٢٧	٠,٥٦	٠,٨٧	١,٠٥	١,١٤
-٥	١,٦٠	١,٢٤	٠,٧٥	٠,٨٣	١,١٥	١,١٣
-٦	١,٥٧	١,٢٩	٠,٢٤	٠,٦٨	٠,٩٥	١,١٦
-٧	١,٨٠	١,١٨	٠,٥٤	٠,٩٥	١,١٣	١,٢٣
-٨	١,٥٠	١,٢٧	٠,٥٦	٠,٧٩	١,٠٠	١,١٤
-٩	١,٧١	١,٣٩	٠,٤٢	٠,٧٧	١,٠٢	١,٢٧
-١٠	١,٨٧	١,٤٩	١,١٧	١,٤٣	١,٥٠	١,٤٨
-١١	١,٦٧	١,٣٢	٠,٤٥	٠,٧٧	١,٠٢	١,٢٢
-١٢	١,٤١	١,٣٣	٠,٣٩	٠,٧٠	٠,٨٦	١,١٥
-١٣	١,٦٢	١,٣١	٠,٧٥	١,٠٨	١,١٥	١,٢٧
-١٤	١,٥٣	١,٢٠	٠,٤٢	٠,٩١	٠,٩٤	١,٠٨
-١٥	١,٤٢	١,١٤	٠,٤٥	٠,٨٣	٠,٩٠	١,١٠
-١٦	١,٦٠	١,٢٣	٠,٤٢	٠,٧٥	٠,٩٧	١,١٦
-١٧	٢,٠٥	١,٢١	٠,٧١	٠,٩٩	١,٣٤	١,٢٨
-١٨	١,٨٠	١,٣٢	٠,٨٤	١,٢٣	١,٢٩	١,٣٦
-١٩	٢,٠٧	١,٣١	٠,٧٩	١,١٢	١,٣٩	١,٣٧
-٢٠	١,٦٤	٤٠	٠,٢٨	٠,٦٧	٠,٩١	١,٢٧
الجملة	٣٣,٤٨	١٢,٨٩	١٢,٣٩	٧,١٦	٢٢,٢٣	١٤,٦٨

جدول رقم (١٥)

المصفوفة الإرتباطية لمفردات مقياس قلق الإرتكاس لدى العينة الكلية

(ن = ١٢٠)

م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
١	-																			
٢	١٨	-																		
٣	٤٩	١٥	-																	
٤	٤٤	١٣	٤٧	-																
٥	٤٤	١٦	٦٠	٤٤	-															
٦	٢٢	-٠٢	٥٠	٣٩	٥٨	-														
٧	٣١	١٢	٣٩	٥٢	٢٨	٥١	-													
٨	٢٦	٠٨	٢٩	٣٠	٣٣	٣٥	٤٧	-												
٩	٣٦	١٤	٤٠	١٩	٤٥	٤٥	٥٥	٢٢	-											
١٠	٠٠	٢٤	٠٥	٢١	١٢	٢١	٣١	٢٧	٢٩	-										
١١	٣٢	١٠	٣٤	٣٣	٣٠	٣٤	٥١	٣٥	١٣	٣٣	-									
١٢	٣٥	٠٧	٤٣	٣٣	٢٢	٢٣	٤٠	٣٠	٤٤	٢٠	٧٢	-								
١٣	٢٨	١٥	٣٣	٢٤	٢٨	١٩	٣٦	٣٠	٢٨	٣٦	٤٣	١٤	-							
١٤	٢٧	٠١	٣٦	٣٤	٣٧	٣٧	٤٤	٢٤	٤١	١٥	٥٧	٦٥	٤٠	-						
١٥	٤٠	٢١	٤٣	٤٢	٤١	٤١	٤٠	٢٢	٣٤	١٨	٢٨	٤٩	٢٢	٤٠	-					
١٦	٣٤	٠٧	٢٩	٣١	٤١	٤٧	٣٤	٢٣	٤٢	١٨	٣٠	٣١	١٣	٣٨	٤٨	-				
١٧	٣٦	١٦	٣٥	٣٤	٢٨	١٨	٤٢	٤١	٤٢	٢٣	٣٥	٢٧	٢٣	٣٨	٤٢	٤٨	-			
١٨	١٩	١١	٢١	٠٧	٢٢	١٧	٢٠	١٦	٣٠	٢٢	٣١	١٨	٢٢	٢٣	٢٥	٣٠	٤٦	-		
١٩	٣٢	٠٨	٣١	٣٥	١٢	٣٣	٤٢	١٩	٣٩	٣٤	٤٤	٢٤	٣٥	٢٥	٣٦	١٧	٤٩	٣٨	-	
٢٠	٤٥	١٧	٤٠	٣٣	٣٧	٤٦	٣٩	٢٥	٣٩	١٨	٤٦	٤١	٣٣	٣٧	٣٥	٤٤	٣٥	٢٨	١٧	-

* حذفت العلامة العشرية .

(٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

جدول رقم (١٦)

المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد بالفاريماكس لمفردات مقياس قلق الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

العوامل / المتغيرات	ع١	ع٢	ع٣	ع٤	ع٥	قيم الشيوع
١	٠,٦٨	٠,٢٦	٠,١٧	٠,١٥-	٠,٢٥	٠,٦٦
٢	٠,١٨	٠,٠٤-	٠,٠٦	٠,١٦	٠,٨٠	٠,٧١
٣	٠,٧٥	٠,٢٥	٠,١٢	٠,٠٤	٠,١٠	٠,٦٥
٤	٠,٦٢	٠,١٦	٠,٠٥	٠,٣٦	٠,٠٢	٠,٥٥
٥	٠,٧٤	٠,٠٩	٠,١٧	٠,١٨	٠,٠٢	٠,٦٣
٦	٠,٥٦	٠,٠٥	٠,٣٠	٠,٤٤	٠,٢٧-	٠,٦٨
٧	٠,٣٧	٠,٣٣	٠,١٨	٠,٦١	٠,٠٦-	٠,٦٦
٨	٠,٣١	٠,١٩	٠,٠٥	٠,٥٣	٠,٩	٠,٤٣
٩	٠,٤٢	٠,٢٨	٠,٢٧	٠,٤٠	٠,٧-	٠,٥١
١٠	٠,١٦-	٠,١٥	٠,١٩	٠,٧٢	٠,٢٩	٠,٧١
١١	٠,١٥	٠,٧٦	٠,١٥	٠,٢٧	٠,٠٠	٠,٧٥
١٢	٠,٢٩	٠,٨٢	٠,٠٧	٠,١٢	٠,٠٥ -	٠,٨٠
١٣	٠,١١	٠,٦٢	٠,١٤	٠,١٦	٠,٣٣	٠,٥٦
١٤	٠,٢٦	٠,٦٩	٠,٢٤	٠,١٥	٠,٢٤-	٠,٦٩
١٥	٠,٥١	٠,٢٥	٠,٣٣	٠,١٥	٠,٠٧	٠,٤٧
١٦	٠,٣٨	٠,٠٥	٠,٦٥	٠,١٤	٠,١٨-	٠,٦٣
١٧	٠,٢٧	٠,٠٩	٠,٦٤	٠,٣٥	٠,٠٢	٠,٦٣
١٨	٠,٠٤ -	٠,٢٠	٠,٧٣	٠,٠٠	٠,٢٦	٠,٦٥
١٩	٠,١٨	٠,٢٠	٠,٧٠	٠,١٥	٠,٠١-	٠,٦٠
٢٠	٠,٤١	٠,٣٤	٠,٤٤	٠,٠٤	٠,٠٧	٠,٥٠
الجذر الكامن	٧,٤٩	١,٤٤	١,٣٢	١,١٨	١,٠٩	
نسبة التباين	٣٧,٥٠	٧,٢٠	٦,٦٠	٥,٩٠	٥,٥٠	
التباين التراكمي	٣٧,٥٠	٤٤,٧٠	٥١,٣٠	٥٧,٣٠	٦٢,٧٠	

تفسير الصورة العاملية :

احتوت الصورة العاملية على خمسة عوامل (قبل التفسير)، استوعبت في جملتها نسبة من التباين الكلي العاملي قدرها (٦٢,٧٠٪) وفيما يلي بيان بهوية كل عامل ، علماً بأن المحك الافتراضي التحكمي لجوهرية التشبع هو (٠,٣٧) والمحك الافتراضي لجوهرية العامل هو احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

العامل الأول:

- المسمى : عامل عام لقلق الإرتكاس
- الجذر الكامن : ٧,٤٩
- نسبة التباين : ٣٧,٥٠
- طبيعة القطب : أحادي القطب
- التشبعات الجوهرية : عشرة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٣	٠,٧٥
٥	٠,٧٤
١	٠,٦٨
٤	٠,٦٢
٦	٠,٥٦
١٥	٠,٥١
٩	٠,٤٢
٢٠	٠,٤١
١٦	٠,٣٨
٧	٠,٣٧

- التشبعات الجوهرية احادية المعني : المفردات رقم: (٣، ٥، ١، ٤، ١٥).

- التشبعات الجوهريـة ثنائيـة المعنـى : المفردات رقـم (٦، ٩، ٢٠، ١٦، ٧)

والمفردات (٦، ٧، ٩) تتشـبع بدلالـة علـى العـاملين الأول ، والرابع بينهما تتشبع المفردتـان (١٦، ٢٠)علـى العـاملين الأول، والثالث.

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الثاني :

- المسمى : القلق الخاص بالحاجة إلى العقار

- الجذر الكامن : ١,٤٤

- نسبة التباين : ٧,٢٠٪

- طبيعة القطب : أحادي القطب

- التشبعات الجوهرية : أربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٢	٠,٨٢
١١	٠,٧٦
١٤	٠,٦٩
١٣	٠,٦٢

- التشبعات الجوهرية أحادية المعني:المرفردات رقم : (١٢،١١، ٢٤، ١٣).

- لا توجد تشبعات جوهرية ثنائية،أو متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الثالث:

- المسمي : عامل القلق الخاص بالعلاقة بالعقار.
- الجذر الكامن : ١,٣٢
- نسبة التباين : ٦,٦٠٪
- طبيعة القطب : احادي القطب
- التشبعات الجوهرية : خمسة تشبعات أيجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٨	٠,٧٣
١٩	٠,٧٠
١٦	٠,٦٥
١٧	٠,٦٤
٢٠	٠,٤٤

- التشبعات الجوهرية احادية المعني:المفردات رقم:(١٨،١٩، ١٧)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعني : المفردتان رقم : (١٦، ٢٠) وكلتاهما تتشبعان على العاملين الأول والثالث.
- ولا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الرابع :

- المسمي: عامل الصراع بين المحافظة على الامتناع، والإرتكاس.
- الجذر الكامن : ١,١٨
- نسبة التباين : ٥,٩٠٪
- طبيعة القطب : أحادي القطب

- التشبعات الجوهرية : خمسة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٠	٠,٧٢
٧	٠,٦١
٨	٠,٥٣
٦	٠,٤٤
٩	٠,٤٠

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردتان رقم:(١٠، ٨) فقط.

- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى: المفردات رقم: (٦،٧، ٩)، وتتشبع تلك المفردات على العاملين الأول والرابع .

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة لهذا العامل.

العامل الخامس :

وهو عامل جدير بالتجاهل لأنه يحتوي فقط على تشبع جوهري واحد للمفردة رقم (٢) ، وبذلك وجب استبعاده ، وحذفه من الصورة العاملية التي تصبح بعد التفسير محتوية على عوامل أربعة فقط تستوعب في جملتها نسبة من التباين قدرها (٥٧,٣٠٪).

المعايير :

يوضح الجدول التالي معايير المقياس لدى العينة الكلية (ن=١٢٠)

(*) جدول رقم (١٧)

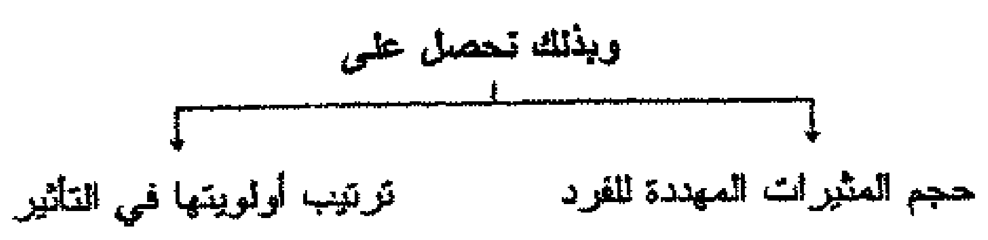
معايير مقياس قلق الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٣٥	٢١	٤٩	٤٢	٦٣	٦٣	٧٨
١	٣٦	٢٢	٥٠	٤٣	٦٤	٦٤	٧٨
٢	٣٦	٢٣	٥١	٤٤	٦٥	٦٥	٧٩
٣	٣٧	٢٤	٥١	٤٥	٦٦	٦٦	٨٠
٤	٣٨	٢٥	٥٢	٤٦	٦٦	٦٧	٨٠
٥	٣٨	٢٦	٥٣	٤٧	٦٧	٦٨	٨١
٦	٣٩	٢٧	٥٣	٤٨	٦٨	٦٩	٨٢
٧	٤٠	٢٨	٥٤	٤٩	٦٨	٧٠	٨٣
٨	٤٠	٢٩	٥٥	٥٠	٦٩	٧١	٨٣
٩	٤١	٣٠	٥٥	٥١	٧٠	٧٢	٨٤
١٠	٤٢	٣١	٥٦	٥٢	٧٠	٧٣	٨٥
١١	٤٢	٣٢	٥٧	٥٣	٧١	٧٤	٨٥
١٢	٤٣	٣٣	٥٧	٥٤	٧٢	٧٥	٨٦
١٣	٤٤	٣٤	٥٨	٥٥	٧٢	٧٦	٨٧
١٤	٤٤	٣٥	٥٩	٥٦	٧٣	٧٧	٨٧
١٥	٤٥	٣٦	٥٩	٥٧	٧٤	٧٨	٨٨
١٦	٤٦	٣٧	٦٠	٥٨	٧٤	٧٩	٨٩
١٧	٤٦	٣٨	٦١	٥٩	٧٥	٨٠	٨٩
١٨	٤٧	٣٩	٦١	٦٠	٧٦		
١٩	٤٨	٤٠	٦٢	٦١	٧٦		
٢٠	٤٨	٤١	٦٣	٦٢	٧٧		

(*) الدرجة التائية = (الدرجة الخام ـ ٢٢,٢٣) / ١٤,٦٨ × ١٠ + ٥٠

٤- قائمة مثيرات الإرتكاس

وتتكون من عشرين مفردة تعبر كل منها عن مثير من مثيرات الإرتكاس. أي التي تهدد أو تشكل خطراً لأحداث الإرتكاس يجاب عنها بوضع دائرة حول رقمها في حالة الموافقة على تأثير هذا المثير.. وبعد الإنتهاء من الأجابة يُطلب من المفحوص القيام بترتيب المثيرات ترتيباً تصاعدياً ووضع الرتبة في المربع المقابل امام كل مثير .. وفي التصحيح تعطي درجة واحدة لكل مثير يؤشر الفرد عليه.



وتتراوح الدرجة الكلية لهذه القائمة من (صفر - ٢٠) درجة ، والدرجة العالية تشير إلى معاناة الفرد من تهديد المثيرات الخاصة بالإرتكاس ، والعكس صحيح.

الصدق :

يوضح الجدول التالي معاملات صدق المفردات (الميزان الداخلي) للقائمة لدى عينات الدراسة الثلاث.

جدول رقم (١٨)

معاملات صدق الميزان الداخلي لمفردات قائمة مثيرات الارتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الارتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ر	ب	ر	ب	ر	ب
-١	٠,٢٤	—	٠,٣٢	٠,٠١	٠,٢٨	٠,٠١
-٢	٠,٥٨	٠,٠١	٠,٣١	٠,٠٥	٠,٤٩	٠,٠١
-٣	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٦٣	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١
-٤	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٣٦	٠,٠١
-٥	٠,٤٥	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٥٥	٠,٠١
-٦	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١
-٧	٠,٦٧	٠,٠١	٠,٥٣	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١
-٨	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٥٩	٠,٠١
-٩	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٦٣	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٠١
-١٠	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٥٨	٠,٠١	٠,٥٥	٠,٠١
-١١	٠,٣٧	٠,٠١	٠,٢٠	—	٠,٢٨	٠,٠١
-١٢	٠,٢٢	—	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٣٦	٠,٠١
-١٣	٠,٥٠	٠,٠١	٠,٣١	٠,٠٥	٠,٤١	٠,٠١
-١٤	٠,٢٤	—	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٤٤	٠,٠١
-١٥	٠,٢٩	٠,٠١	٠,٦٠	٠,٠١	٠,٤٧	٠,٠١
-١٦	٠,٦٤	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٥٨	٠,٠١
-١٧	٠,٣٧	٠,٠١	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٤٢	٠,٠١
-١٨	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١	٠,٥٠	٠,٠١
-١٩	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٤٦	٠,٠١
-٢٠	٠,٤٦	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١

(ن = ٥٦ ← ٠,٠٥ ≥ ٠,٢٧٣ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٣٥٤)

(ن = ٦٤ ← ٠,٠٥ ≥ ٠,٢٥٠ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٣٢٥)

(ن = ١٢٠ ← ٠,٠٥ ≥ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٢٥٤)

ويتضح من الجدول السابق الآتي :

- عنية الإرتكاسات المرتفعة:

- توجد ثلاث مفردات غير دالة ، أي بنسة (١٥٪)

- توجد مفردة واحدة دالة عند مستوى (٠,٠٥) أي بنسبة (٥٪).

- توجد (١٦) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي بنسبة (٨٠٪)

- توجد (١٧) مفردة دالة ، أي ان القائمة صادقة بنسبة (٨٥٪)

عينة الإرتكاسات المنخفضة:

- توجد مفردة واحدة غير ذات دلالة ، أي بنسبة (٥٪).

- توجد مفردتان دالتان عند مستوى (٠,٠٥) أي بنسبة (١٠٪).

- توجد (١٧) مفردة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي بنسبة (٨٥٪)

- توجد (١٩) مفردة دالة ، أي أن القائمة صادقة بنسبة (٩٥٪).

العينة الكلية:

جميع مفردات القائمة دالة عند مستوى (٠,٠١) ، أي أن القائمة صادقة بنسبة (١٠٠٪).

الثبات :

حُسب معامل ثبات الاستقرار باعادة الاختبار بفارق زمني اسبوع على عينة الثبات البالغ قوامها (٣٠) مدمناً للهيروين ، وبلغت قيمة (٩١٪) وهو معامل ثبات جوهري ومرتفع.

التركيب العاملي:

فيما يلي تعرض الجداول التالية ، و اللاحقة خطوات حساب التركيب العاملي للقائمة:

جدول رقم (١٩)

المتوسطات الحسابية ، والإنحرافات المعيارية لمفردات قائمة مثيرات الإرتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	م	ع	م	ع	م	ع
-١	٠,٧٦	٠,٤٢	٠,٧٥	٠,٤٣	٠,٧٥	٠,٤٢
-٢	٠,٣٢	٠,٤٧	٠,١٠	٠,٣٩	٠,٢٠	٠,٤٠
-٣	٠,٣٥	٠,٤٨	٠,٤٠	٠,٤٩	٠,٣٨	٠,٤٨
-٤	٠,٦٦	٠,٤٧	٠,٧٠	٠,٤٦	٠,٦٨	٠,٤٦
-٥	٠,٣٠	٠,٤٦	٠,١٧	٠,٣٨	٠,٢٣	٠,٤٢
-٦	٠,٣٥	٠,٤٨	٠,٣٤	٠,٤٧	٠,٣٥	٠,٤٨
-٧	٠,٢٨	٠,٤٥	٠,١٢	٠,٣٣	٠,٢٠	٠,٤٠
-٨	٠,٢٥	٠,٤٣	٠,٢٠	٠,٤٠	٠,٢١	٠,٤١
-٩	٠,٢٥	٠,٤٣	٠,١٨	٠,٣٩	٠,٢١	٠,٤١
-١٠	٠,٤٤	٠,٥٠	٠,٢٩	٠,٤٦	٠,٣٦	٠,٤٨
-١١	٠,٣٧	٠,٤٨	٠,٣٢	٠,٤٧	٠,٣٥	٠,٤٧
-١٢	٠,٢٣	٠,٤٢	٠,٠٩	٠,٢٩	٠,١٥	٠,٣٦
-١٣	٠,١٤	٠,٣٥	٠,٠٩	٠,٢٩	٠,١١	٠,٣٢
-١٤	٠,٦٤	٠,٤٨	٠,٤٣	٠,٥٠	٠,٥٣	٠,٥٠
-١٥	٠,٥٣	٠,٥٠	٠,٤٠	٠,٤٩	٠,٤٦	٠,٥٠
-١٦	٠,١٤	٠,٣٥	٠,٠٩	٠,٢٩	٠,١١	٠,٣٢
-١٧	٠,١٩	٠,٤٠	٠,٠٩	٠,٢٩	٠,١٤	٠,٣٥
-١٨	٠,٢٣	٠,٤٢	٠,١٠	٠,٣١	٠,١٦	٠,٣٧
-١٩	٠,٤٨	٠,٥٠	٠,٢١	٠,٤١	٠,٣٤	٠,٤٧
-٢٠	٠,٥٧	٠,٤٩	٠,٣١	٠,٤٦	٠,٤٣	٠,٤٩
الجملة	٧,٥٥	٤,٠٢	٥,٤٨	٣,٩٦	٦,١٥	٤,٦٤

جدول رقم (٢٠)

المصفوفة الإرتباطية لمفردات قائمة مثيرات الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
١	-																			
٢	٠٤	-																		
٣	٢٨	١٨	-																	
٤	٣٦	٢٦	٣٥	-																
٥	٢١	٢٤	٣٣	٠٧	-															
٦	٣٠	٢٤	٣٧	٢٩	٢٨	-														
٧	١٨	٤٦	٢٧	١١	٤١	٤٥	-													
٨	٢٩	٣٢	٤٥	٢٧	٣٣	٤٠	٣٦	-												
٩	٢٤	٢٧	٣٣	٢٢	٤٧	٣٦	٤٩	٤٥	-											
١٠	٣٠	٣٣	٣٦	٢٥	٣٥	٥١	٤٨	٢٥	٣٥	-										
١١	٢٣-	٠٩	٠٧-	١٠-	٢١	٠٠	٠٦	١٣	٠٢	٥	-									
١٢	١٣-	٠٥	٠٢	١٤-	١٩	٠٠	١٣	١٠	٢١	١٩	٢٠	-								
١٣	٠٣-	١٦	٠٨	٠٣-	١٦	٠٥	٢٠	٢٤	١٨	١٠	٤٩	٢٦	-							
١٤	٠٥-	٠٦	١٨	٢٦	٠٠	١٤	٠٩	١٦	٠٤	٠٦	٠٩	١٧	٠٧	-						
١٥	٠٥	٠٦-	٢٤	٠٩	٠٧	٠٤-	١١	١٥	١١	٠٥-	٠١	١٨	٠٧	٥٠	-					
١٦	٠٣-	٢٦	١٩	٠٧	١٠	١٦	٢٧	٢٤	١٨	٢٠	١٦	١٩	٣٥	٢٣	٤٣	-				
١٧	١٠-	١٤	٠٣	٠٨-	٥	٠٤-	١٥	١٣	٠٧	٠٨	٢٥	٢١	٢٩	٠٩	٢٤	٦٧	-			
١٨	٠١-	٢١	٠٦	٠٦	٢٣	٠٨	٢٣	٠٩	٢٩	١٧	١٨	٢٣	١١	٢٣	٢٥	٤٦	٤٥	-		
١٩	١٣-	١٤	٠٨	١٥-	١٠	٠١	٢١	٠٤-	٠١	١٤	١٧	٣١	٢٣	٢٥	٤١	٣٩	٤١	٢٣	-	
٢٠	٠٢	٠٨	١٧	٠١-	٢٣	١١	١٩	١٥	١٥	٠٣	١٣	١٧	١٥	٤١	٥٦	٤١	٢٧	٣٧	٤٦	-

* حذفت العلامة العشرية .

(٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

جدول رقم (٢١)

المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد بالفاريماكس لمفردات قائمة مثيرات الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

رقم المفردات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس	قيم الشيوع هـ٢
١	٠,٤٨	٠,١١-	٠,٠٣	٠,٣٣-	٠,٢٩	٠,٤٤
٢	٠,٤٨	٠,٣٠	٠,١٣-	٠,٢٥	٠,٢٠	٠,٤٥
٣	٠,٥٨	٠,٠٤-	٠,٣١	٠,٠٤-	٠,٢٣	٠,٥٠
٤	٠,٣٥	٠,٠٤-	٠,١٨	٠,٠٤-	٠,٧١	٠,٦٧
٥	٠,٦٨	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٩	٠,٣٠-	٠,٥٨
٦	٠,٦٥	٠,٠٩	٠,٠١	٠,٠١-	٠,٣٤	٠,٥٥
٧	٠,٧٢	٠,٢٠	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,١٤-	٠,٥٩
٨	٠,٦٢	٠,٠١	٠,١٩	٠,٢٦	٠,٢٤	٠,٥٥
٩	٠,٧٢	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,١١-	٠,٥٥
١٠	٠,٧٠	٠,١٩	٠,١٢-	٠,٠٢-	٠,٠٤	٠,٥٥
١١	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٨٠	٠,١٥-	٠,٦٨
١٢	٠,٢٢	٠,١١	٠,٢٢	٠,٢٦	٠,٥٦-	٠,٥٠
١٣	٠,١٥	٠,١٨	٠,٠٥	٠,٧٨	٠,٠٢-	٠,٦٨
١٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٧٧	٠,١٤	٠,١٩	٠,٦٦
١٥	٠,٠٢	٠,٢٠	٠,٨٣	٠,٠٥-	٠,٠٥-	٠,٧٤
١٦	٠,١٤	٠,٧٩	٠,٢٢	٠,١٩	٠,١٢	٠,٧٥
١٧	٠,٠١-	٠,٨٣	٠,٠٥	٠,٢٠	٠,٠١-	٠,٧٤
١٨	٠,١٩	٠,٦٥	٠,١٩	٠,٠٢-	٠,١٧-	٠,٥٣
١٩	٠,٠٤	٠,٥٢	٠,٤٠	٠,٠٧	٠,٣٣-	٠,٥٥
٢٠	٠,١٢	٠,٣٤	٠,٦٨	٠,٠٠	٠,١٨-	٠,٦٣
الجذر الكامن	٤,٩٠	٢,٩٦	١,٨١	١,١٨	١,١٤	
نسبة التباين	٢٤,٥٠	١٤,٨٠	٩,١٠	٥,٩٠	٥,٧٠	
التباين التراكمي	٢٤,٥٠	٣٩,٣٠	٤٨,٤٠	٥٤,٣٠	٦٠,٠٠	

وصف الصورة العاملية :

احتوت الصورة العاملية للقائمة مبدئياً على خمسة عوامل (قبل التفسير) ، استقطبت في جملتها (٦٠٪) من التباين العاملي الكلي ، وهي عوامل احادية القطب فيما عدا العامل الخامس فهو ثنائي القطب ، وفيما يلي نعرض لتفسير قسمات العوامل الناتجة.

تفسير الصورة العاملية:

إن المحك الافتراضي التحكمي لجوهرية التشبع هو (٠,٣٥) ويظل المحك الافتراضي التحكمي لجوهرية العامل كما هو.

- العامل الأول :

- المسمى : عامل المثيرات الخاصة بادوات التعاطي ومواده

- الجذر الكامن : ٤,٩٠

- نسبة التباين : ٢٤,٥٠٪

- التشبعات الجوهرية : عشرة تشبعات جوهرية

رقم المفردة	قيمة التشبع
٧	٠,٧٢
٩	٠,٧٢
١٠	٠,٧٠
٥	٠,٦٨
٦	٠,٦٥
٨	٠,٦٢
٣	٠,٥٨
١	٠,٤٨
٢	٠,٤٨
٤	٠,٣٥

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردات رقم : (٩،٧، ١٠، ٦،٥، ٨،٣،١،٢).

- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى:المفردة رقم: (٤) حيث تتشبع على العاميلين الأول والخامس .

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الثاني :

- المسمى : عامل المثيرات الحسية

- الجذر الكامن : ٢,٩٦

- نسبة التباين : ١٤,٨٠٪

- التشبعات الجوهرية : أربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٧	٠,٨٣
١٦	٠,٧٩
١٨	٠,٦٥
١٩	٠,٥٢

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى: المفردات رقم : (١٧، ١٦،١٨).

- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى : المفردة رقم (١٩) حيث تتشبع على العاملين الثاني ، والثالث.

- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الثالث:

- المسمى : عامل المثيرات الزمانية / المكانية

- الجزر الكامن: ١,٨١
- نسبة التباين : ٩,١٠٪
- التشبعات الجوهرية : أربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٥	٠,٨٣
١٤	٠,٧٧
٢٠	٠,٦٨
١٩	٠,٤٠

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردات رقم (١٥،١٤،٢٠)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى: المفردة رقم (١٩) حيث تتشبع على العاملين الثاني ، والثالث.
- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الرابع ، والعامل الخامس:

كلاهما جدير بالتجاهل ، لا حتواء كل منهما على تشبعين جوهريين فقط، لذلك يتم استبعادهما من الصورة العاملية ، لتصبح في النهاية مكونة من عوامل ثلاثة فقط تستوعب في جملتها (٤٨،٤٠٪) من جملة التباين العاملي .

المعايير :

يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٢)

معايير (*) قائمة مثيرات الإرتكاس لدى العينة الكلية (ن=١٢٠٠)

الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٣٤
١	٣٧
٢	٣٩
٣	٤٢
٤	٤٤
٥	٤٦
٦	٤٩
٧	٥١
٨	٥٣
٩	٥٦
١٠	٥٩
١١	٦١
١٢	٦٣
١٣	٦٦
١٤	٦٨
١٥	٧١
١٦	٧٣
١٧	٧٦
١٨	٧٨
١٩	٨٠
٢٠	٨٣

(*) الدرجة التائية = $\frac{\text{الدرجة الخام} - ٦,٤٥}{٤,١٢} \times ١٠ + ٥٠$

٥- قائمة مواقف الإرتكاس ، وعوامله

وتهدف لقياس متغيرات الإرتكاس ، والتي تشمل المواقف، والعوامل ذات الخطـورة العاليـة لاحـداث الإرتكـاس ، وتقديـر حجمها ، ومدى خطورتها لدى الفرد.

وتحتوي على (١٧) متغيراً يجاب عنها بفئتي (نعم ، لا) وتعطي درجة واحدة لكل اجابة في فئة (نعم) ، وتـتراوح الدرجـة الكلية من (صفر - ١٧) درجة ، والدرجة العالية تشير إلى ارتفـاع معانـاة الفـرد مـــن المواقـف ، والعوامـل التـي تشـكل تهديـداً ، ومخاطرة لاحداث الإرتكاس له .

الصدق:

ويعرض الجدول التالي معاملات صدق المفردات (الميزان الداخلي) للقائمة لدى عينات الدراسة الثلاث.

جدول رقم (٢٣)

معاملات صدق الميزان الداخلي لمفراد قائمة مواقف الارتكاس وعوامله لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الارتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الارتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ر	ب	ر	ب	ر	ب
١-	٠,٣٥	٠,٠١	٠,٣٦	٠,٠١	٠,٣٨	٠,٠١
٢-	٠,٦٨	٠,٠١	٠,٤١	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٠١
٣-	٠,٣٤	٠,٠٥	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٤٤	٠,٠١
٤-	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٢٦	٠,٠٥	٠,٣٥	٠,٠١
٥-	٠,٢٣	٠,٠٥	٠,٥٢	٠,٠١	٠,٣٩	٠,٠١
٦-	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١
٧-	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٤١	٠,٠١
٨-	٠,٤٣	٠,٠١	٠,٥٣	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١
٩-	٠,١٣	—	٠,٣٠	٠,٠٥	٠,٢٥	٠,٠١
١٠-	٠,٤٩	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١	٠,٥١	٠,٠١
١١-	٠,٤٧	٠,٠١	٠,٤٤	٠,٠١	٠,٤٦	٠,٠١
١٢-	٠,٤٨	٠,٠١	٠,٥٩	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٠١
١٣-	٠,٣٠	٠,٠٥	٠,٦٢	٠,٠١	٠,٥٢	٠,٠١
١٤-	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٦٦	٠,٠١	٠,٥٥	٠,٠١
١٥-	٠,٦٤	٠,٠١	٠,٤٣	٠,٠١	٠,٥٣	٠,٠١
١٦-	٠,٥٩	٠,٠١	٠,٣٨	٠,٠١	٠,٤٧	٠,٠١
١٧-	٠,٦١	٠,٠١	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٦٢	٠,٠١

(ن = ٥٦ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٧٣ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٥٤)

(ن = ٦٤ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٥٠ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٢٥)

(ن = ١٢٠ ← ٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

ويتضح من الجدول السابق ما يلي :

- **عينة الإرتكاسات المرتفعة :**

- توجد مفردة واحدة غير دالة ، أي بنسبة (٥٪)

- توجد ثلاث مفـردات دالـة عند مسـتوى (٠,٠٥)أي بنسـة (١٧,٦٤٪).

- توجـد (١٣) مفـردة دالـة عنـد مسـتوى (٠,٠١) أي بنسـبة (٧٦,٤٧٪).

- توجد (١٦) مفردة دالـة عمومـاً ، أي أن القائمـة صـادق بنسبة (٩٤,١١٪) .

- **عينة الإرتكاسات المنخفضة :**

- توجد مفردتـان ذات دلالـة عنـد مسـتوى (٠,٠٥)،أي بنسـبة (١١,٧٦٪).

- توجـد (١٥) مفـردة دالـة عنـد مسـتوى (٠,٠١) ،أي بنسـبة (٨٨,٢٣٪).

- جميـع مفـردات القائمـة دالـة عمومـاً، أي أنهـا صـادقـة بنسـبة (١٠٠٪).

- **العينة الكلية :**

جميع مفردات القائمة دالة عند مستوى (٠,٠١) ، أي أنها صادقـة بنسبة (١٠٠٪).

الثبات:

حُسب معامل ثبات الاستقرار بإعادة الاختبار بفارق زمني قدره (أسبوع) و كانت قيمتة (٠,٩٣) وهو معامل ثبات جوهري

ومرتفع وذلك على عينة الثبات البالغ قوامها (٣٠) مدمناً للهيروين.

التركيب العاملي:

توضح الجداول التالية خطوات حساب التركيب العاملي للقائمة:

جدول رقم (٢٤)

المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية لمفردات قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله لدى عينات الدراسة الثلاث

رقم المفردة	عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	م	ع	م	ع	م	ع
١-	٠,٦٤	٠,٤٨	٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٥٦	٠,٤٩
٢-	٠,٦٠	٠,٤٩	٠,٣٥	٠,٤٨	٠,٤٧	٠,٥٠
٣-	٠,٧١	٠,٤٥	٠,٦٨	٠,٤٦	٠,٧٠	٠,٤٦
٤-	٠,٥٨	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٥٠	٠,٥٣	٠,٥٠
٥-	٠,٤٢	٠,٤٩	٠,٣٤	٠,٤٧	٠,٣٨	٠,٤٨
٦-	٠,٥٨	٠,٤٩	٠,٤٣	٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٥٠
٧-	٠,٦٤	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٥٠	٠,٥٥	٠,٤٩
٨-	٠,٥١	٠,٥٠	٠,٢٨	٠,٤٥	٠,٣٩	٠,٤٩
٩-	٠,٦٢	٠,٤٨	٠,٥١	٠,٥٠	٠,٥٦	٠,٤٩
١٠-	٠,٦٤	٠,٤٨	٠,٥١	٠,٥٠	٠,٥٧	٠,٤٩
١١-	٠,٦٧	٠,٤٧	٠,٥٦	٠,٥٠	٠,٦١	٠,٤٨
١٢-	٠,٦٠	٠,٤٩	٠,٤٦	٠,٥٠	٠,٥٣	٠,٥٠
١٣-	٠,٧٣	٠,٤٤	٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٦٠	٠,٤٩
١٤-	٠,٦٧	٠,٤٧	٠,٥٧	٠,٤٩	٠,٦٢	٠,٤٨
١٥-	٠,٥٥	٠,٥٠	٠,٤٣	٠,٥٠	٠,٤٩	٠,٥٠
١٦-	٠,٤٨	٠,٥٠	٠,٣٥	٠,٤٨	٠,٤١	٠,٤٩
١٧-	٠,٦٠	٠,٤٩	٠,٣١	٠,٤٦	٠,٤٥	٠,٤٩
الجملة	١٠,٣٣	٣,٦٠	٧,٨٢	٣,٩٤	٩,٠٠	٤,٠٠

جدول رقم (٢٥)

المصفوفة الارتباطية لمفردات قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١١
١	-																
٢	١٩	-															
٣	٠٨	٢٥	-														
٤	٠٣	٠٥	١٥	-													
٥	٣٠	١٧	١٧	٠٥-	-												
٦	٢٨	٣٣	١٢	١١	١١	-											
٧	٠٣	٤٠	١٩	٠٩-	٠٩-	١٦	-										
٨	١٥	٢٢	١٥	٤٣	٢٨	٢٠	٠٦	-									
٩	٠١-	١١-	٠٢-	٢٢	١٠	٠٥-	١٣-	١٦	-								
١٠	٠٠	١٧	٢٨	١٧	١٢	٣٠	٣١	٣٠	٢٠	-							
١١	٣٠	٣٣	٤٤	١١	٠٩-	١٥	٠٩	١٤	٠٣	١٥	-						
١٢	١٩	٢٥	١٨	١٩	٢٢	٣١	٤١	٢٦	١١-	٢٠	١٩	-					
١٣	١٩	٣١	٢١	١٧	١٤	٣٠	٢٨	١٥	٠٥	١٧	٣٥	٢٧	-				
١٤	٢٢	٢٨	٣١	٢٠	١٥	١٦	٢٤	٢٢	١٥	١٦	٣٠	٢٠	١٨	-			
١٥	٠٥-	١٣	٠٢	٣١	١٥	٣٠	١٠	٣٠	٢٥	٢٣	١٩	٢٨	١٠	٢١	-		
١٦	٠٦	٣١	١٤	٠٢-	٢٠	١٢	٢٤	١٨	١٩	٢٨	١١	١٤	٠٨-	١٦	٢٨	-	
١٧	١٨	٢٤	١٩	٧	١٤	٢١	٢٢	٣٧	١١	٢٠	٣٦	٣٠	٢٤	٢٥	٣٥	٣٥	-

* حذفت العلامة العشرية .

(٠,٠٥ ≥ ٠,١٩٥ ، ٠,٠١ ≥ ٠,٢٥٤)

جدول رقم (٢٦)

المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد بالفاريماكس لمفردات قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله لدى العينة الكلية (ن = ١٢٠)

رقم المفردات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس	العامل السادس	قيم الشيوع
١	٠,٠٨-	٠,١٦	٠,٤٢	٠,١٤-	٠,٠٣-	٠,٦٠	٠,٦١
٢	٠,٤٢	٠,٢٧	٠,٣٨	٠,٢٨-	٠,٢٤	٠,٠٨	٠,٥٥
٣	-٠,٠٦	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠١-	٠,٨٨	٠,١٢	٠,٨٠
٤	٠,٢٧-	٠,٣٣	٠,٢٥	٠,٦٣	٠,٢٢	٠,١٧-	٠,٧٣
٥	٠,١٣	٠,٠٩	٠,٠٢-	٠,٠٤	٠,١٣	٠,٨٢	٠,٧٣
٦	٠,٠٩	٠,٧١	٠,١٧	٠,٠٧-	٠,٠٢	٠,٠٩	٠,٥٦
٧	٠,٤٩	٠,١٤	٠,٢٥	٠,٣٦-	٠,٣٨	٠,٣٠-	٠,٧١
٨	٠,٢٨	٠,٣٧	٠,٠٠	٠,٢٢	٠,٠٨	٠,٤٠	٠,٤٤
٩	٠,٢٣	٠,٢٤-	٠,٠٤	٠,٧٤	٠,٠٠	٠,١٠	٠,٦٨
١٠	٠,٣٦	٠,٣٣	٠,٠٦-	٠,٢٩	٠,٤٠	٠,٠٦-	٠,٥٠
١١	٠,١٣	٠,٠٦	٠,٧٨	٠,١٤	٠,١٢-	٠,٠٣	٠,٦٧
١٢	٠,٠٨	٠,٦٨	٠,١٣	٠,٠٣-	٠,١٤	٠,١٥	٠,٥٤
١٣	٠,٠٦	٠,٢٨	٠,٥٩	٠,٠٤-	٠,١٩	٠,٠٠	٠,٤٨
١٤	٠,١٤	٠,٠٢-	٠,٥١	٠,٢١	٠,٤٣	٠,١٨	٠,٥٥
١٥	٠,٣٥	٠,٤٩	٠,٠٦	٠,٥٠	٠,١٣-	٠,٠١	٠,٦٤
١٦	٠,٧٨	٠,٠٠	٠,٠١	٠,١١	٠,٠٥	٠,١١	٠,٦٤
١٧	٠,٦٣	٠,٢٧	-٠,٢٥	٠,١٠	٠,٠٥	٠,١٠	٠,٥٦
الجذر الكامن	٤,٠٤	١,٦٤	١,٣٨	١,٢٥	١,٠٩	١,٠٣	
نسبة التباين	٢٣,٨	٩,٧	٨,١	٧,٤	٦,٤	٦,١	
التباين التراكمي	٢٣,٨	٣٣,٤	٤١,٦	٤٩,٠	٥٥,٤	٦١,٥	

- وصف الصورة العاملية وتفسيرها:

احتوت الصورة العاملية على ستة عوامل استقطبت حوالي (٦١,٥٠٪) من جملة التباين العاملي.. وكلها عوامل احادية القطب فيما عدا العامل الرابع فهو ثنائي القطب ، وفيما يلي بيان تقسيمات كل عامل ، وتفسيره علماً بأن المحك الافتراضي التحكمي لجوهرية التشبع هو (٠,٣٥) ومحك جوهرية العامل احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

العامل الأول :

- المسمى : عامل عام لمواقف الإرتكاس وعوامله
- الجذر الكامن : ٤,٠٤
- نسبة التباين : ٢٣,٨٠٪
- التشبعات الجوهرية : ستة تشبعات جوهرية هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٦	٠,٧٨
١٧	٠,٦٣
٧	٠,٤٩
٢	٠,٤٢
١٠	٠,٣٦
١٥	٠,٣٥

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردتان رقم: (١٦، ١٧)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى :

المفردتان رقم (٢، ٥) والمفردة رقم (٢) تتشبع على العاملين

الأول والثالث ، والمفردة رقم (١٠) تتشبع على العاملين الأول والرابع.

– التشبعات الجوهرية متعددة المعنى : المفردتان رقم : (٧،١٥) والمفردة رقم (١٥) حيث تتشبع بدلالة على العوامل : الأول ، والثاني ، والرابع أما المفردة رقم (٧) فإنها تتشبع بدلالة على العوامل الأول ، والرابع والخامس.

العامل الثاني :

– المسمى : عامل الثقة والتفعيل وطلب الاجازة

– الجذر الكامن : ١,٦٤

– نسبة التباين : ٩,٧٠٪

– التشبعات الجوهرية : اربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٦	٠,٧١
١٢	٠,٦٨
١٥	٠,٤٩
٨	٠,٣٧

– التشبعات الجوهرية أحادية المعنى: المفردتان رقم: (٦، ١٢)

– التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى : المفردة رقم (٨) حيث تتشبع على العاملين الثاني والسادس.

– التشبعات الجوهرية متعددة المعنى : المفردة رقم (١٥) حيث تتشبع على العوامل الأول ، والثاني ، والرابع.

العامل الثالث :

- المسمى : عامل ضعف التدين والسيطرة
- الجذر الكامن : ١,٣٨
- نسبة التباين : ٨,١٠٪
- التشبعات الجوهرية : خمسة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
١١	٠,٧٨
١٣	٠,٥٩
١٤	٠,٥١
١	٠,٤٢
٢	٠,٣٨

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردتان رقم: (١١، ١٣).
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى: المفردات رقم: (١٤،١،٢)، والمفردة (١٤) تتشبع بدلالة على العاملين الثالث والخامس ، والمفردة رقم (١) تتشبع بدلالة على العاملين الثالث والسادس ، والمفردة رقم (٢) تتشبع على العاملين الأول والثالث.
- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل.

العامل الرابع :

- المسمى : عامل التشافي الكاذب وطلب الاجازة مقابل ضعف الارادة .
- الجذر الكامن : ١,٢٥
- نسبة التباين : ٧,٤٠٪

- طبيعة القطب : ثنائي القطب

- التشبعات الجوهرية : ثلاثة تشبعات جوهرية ايجابية وتشبع واحد سلبي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٩	٠,٧٤
٤	٠,٦٣
١٥	٠,٥٠
٧	- ٠,٣٦

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردتان رقم: (٩ ، ٤) ولا توجد تشبعات ثنائية المعنى .

- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى : المفردتان رقم: (٧،١٥) وتتشبع المفردة (١٥) على العوامل الأول ، والثاني ، والرابع ، في حين تتشبع المفردة(٧)على العوامل الأول ، والثالث، والرابع.

العامل الخامس :

- المسمى : عامل الملل والأرق وعدم تحمل الألم.

- الجذر الكامن : ١,٠٩

- نسبة التباني : ٦,٤٠٪

- التشبعات الجوهرية : أربعة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيم التشبع
٣	٠,٨٨
١٤	٠,٤٣
١٠	٠,٤٠
٧	٠,٣٨

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى : المفردة رقم (٣)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى : المفردتان رقم: (١٤، ١٠)
وتتشبع المفردة رقم (١٤) على العاملين الثالث ، والخامس ، وتتشبع المفردة رقم (١٠) على العاملين الأول ، والخامس .
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى: المفردة رقم (٧) وتتشبع على العوامل : الأول ، والرابع ، والخامس .

العامل السادس :

- المسمى : عامل الهروب وهبوط الدافعية
- الجذر الكامن : ١,٠٣
- نسبة التباين : ٦,١٠٪
- التشبعات الجوهرية : ثلاثة تشبعات ايجابية هي :

رقم المفردة	قيمة التشبع
٥	٠,٨٢
١	٠,٦٠
٨	٠,٤٠

- التشبعات الجوهرية احادية المعنى: المفردة رقم (٥)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى: المفردتان رقم: (١،٨)
والمفردة رقم (١) تتشبع على العاملين الثالث والسادس ، وتتشبع المفردة رقم (٨) على العاملين الثاني والسادس .
- لا توجد تشبعات جوهرية متعددة المعنى لهذا العامل .

المعـايير

يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٧)

معايير(*) قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله لدى العينة الكلية (ن=١٢٠)

الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٢٧
١	٣٠
٢	٣٢
٣	٣٥
٤	٣٧
٥	٤٠
٦	٤٢
٧	٤٥
٨	٤٧
٩	٥٠
١٠	٥٣
١١	٥٥
١٢	٥٨
١٣	٦٠
١٤	٦٣
١٥	٦٥
١٦	٦٨
١٧	٧٠

(*) الدرجة التائية = $\frac{\text{الدرجة الخام} - ٩,٠٠}{٣,٩٨} \times ١٠ + ٥٠$

الفصل الثاني

عرض النتائج وتفسيرها

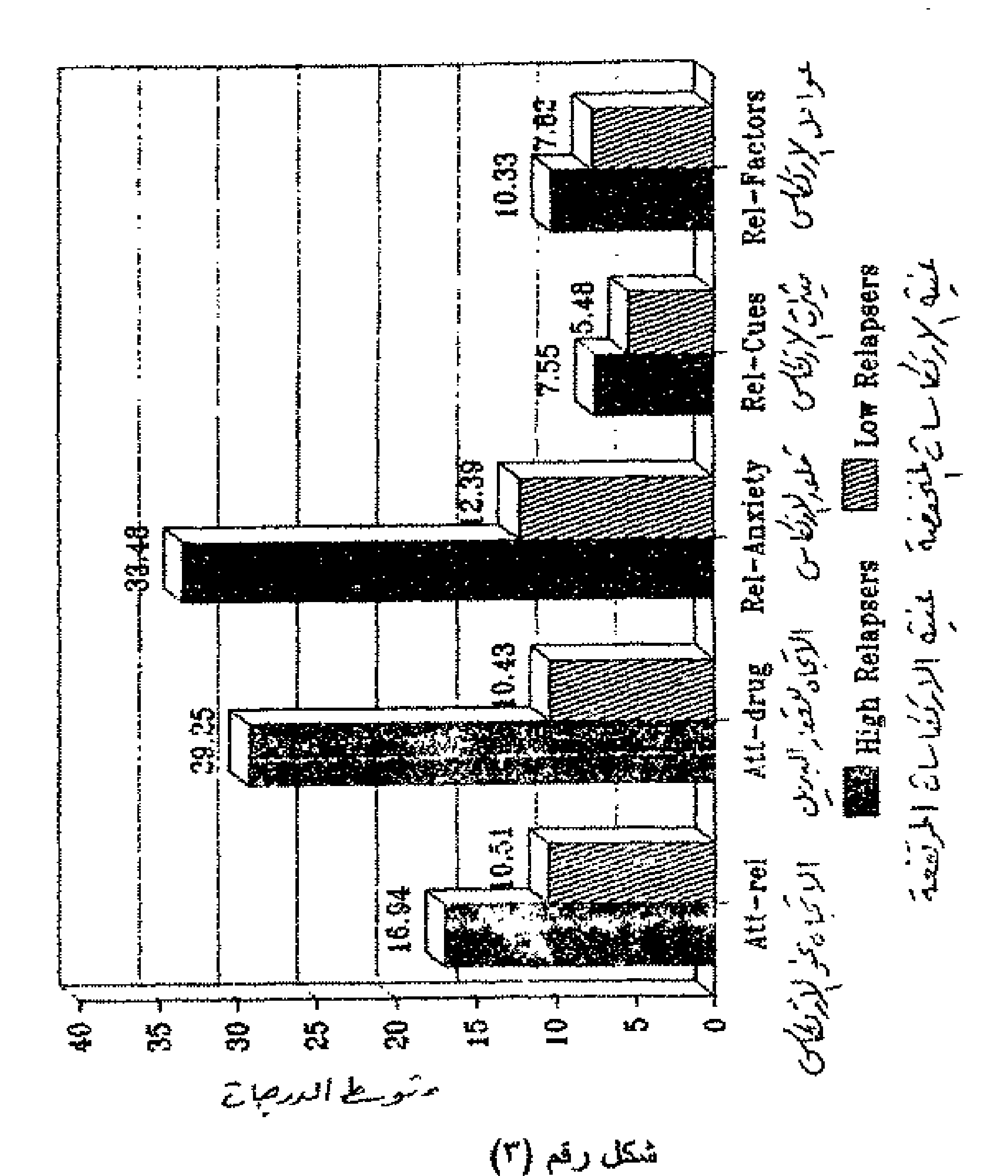
عرض النتائج ، وتفسيرها

التحقق من صحة الفروض:

التحقق من صحة الفرض الأول ، وتفسيره:

يتعلق الفرض الأول لهذه الدراسة بوجود فروق جوهرية بين درجات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة في متغيرات الإرتكاس الخمسة لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة.

ويعرض الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لمتوسطات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفظة في متغيرات الدارسة .. يعقبه جدول يوضح نتائج اختبار (ت) ، ودلالتها لفروق متوسطي عينتي الارتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة لمتغيرات الدراسة الخمسة ايضاً.



شكل رقم (٣)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لمقارنة المتوسطات الحسابية لدى عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة على متغيرات الدراسة الخمسة .

جدول رقم (٢٨)

المتوسطات الحسابية ، والإنحرافات المعيارية ، وقيم (ت) ودلالتها بين عينتي الدارسة (عينة الارتكاسات المرتفعة، وعينة الإرتكاسات المنخفضة).

الفروق والدلالات	عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن=٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن= ٦٤)		ت	الدلالة
المتغيرات	م	ع	م	ع		
الإتجاه نحو الإرتكاس	١٦,٩٤	٥,٠٩	١٠,٥١	٥,٤٤	٦,٦٤	٠,٠٠١
الإتجاه نحو العقار البديل	٢٩,٢٥	١٢,٦١	١٠,٤٣	٨,٨٢	٩,٥٥	٠,٠٠١
قلق الإرتكاس	٣٣,٤٨	١٢,٨٩	١٢,٣٩	٧,١٦	١١,٢٧	٠,٠٠١
مثيرات الإرتكاس	٧,٥٥	٤,٠٢	٥,٤٨	٣,٩٦	٢,٨٤	٠,٠١
مواقف الإرتكاس وعوامله	١٠,٣٣	٣,٦٠	٧,٨٢	٣,٩٤	٣,٦٣	٠,٠١

(٠,٠٥ ≤ ١,٦٦ ، ٠,٠١ ≤ ٢,٣٦)

ويتضح من الجدول السابق أن جميع قيم (ت) ذات دلالة عند مستوى (٠,٠٠١) وهذا يعني وجود فروق جوهرية في متغيرات الإرتكاس الخمسة بين عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة وبذلك يصدق الفرض الأول للدارسة صدقاً تاماً وكلياً .

وتفسير ذلك يبدو منطقياً للغاية فالعينة ذات الإرتكاسات المرتفعة

تكون أكثر استهدافاً للإرتكاس وكل ما يتعلق به .فاتجاهاتها نحو الإرتكاس في الغالب مؤيدة Favourable Attitudes له ، وهذا يتضح من ارتفاع متوسط درجات عينة الإرتكاسات المرتفعة على مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس مقارنة بذويهم من أفراد عينة الإرتكاسات المنخفضة.

كذلك الحال فيما يتعلق بالاتجاه نحو العقار البديل .. حيث يبدو منطقياً ايضاً ان تكون لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة اتجاهات مؤيدة نحو تناول عقار بديل عوضاً عن العقار الأصلي.. وهذا يعد ارتكاس من الدرجة الثانية ، أو ارتكاس غير مباشر..وهذا عكس الحال لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة.

كذلك الحال فيما يتعلق بقلق الإرتكاس ..حيث يرتفع معدل قلق الإرتكاس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة .. ويبدو هذا منطقياً ايضاً ..لأنه من الثابت أن يكون لدى أي متوقف قدراً معقولاً من القلق خشية الإرتكاس .. ولكن إذا ارتفع هذا المعدل عن عتبته الفارقة اصبح قلقاً مرضياً غير سوياً يعوق سريان واستمرار عملية الإمتناع والإقلاع والتوقف ويدفع للإرتكاس وهذا ما يحدث لعينة الإرتكاسات المرتفعة .. حيث يرتفع لديهم معدل القلق أكثر من المعقول ، وكلما زاد القلق هنا زاد الاستهداف لوقوع الحدث محل القلق .. وهو الإرتكاس .. وزيادة القلق هنا تعزى إلى انخفاض معدل الكفاءة الذاتية ، ونقص الثقة الذاتية لدى افراد عينة الإرتكاسات المرتفعة .. وهذا عكس الحال لدى افراد عينة الإرتكاسات المنخفضة.

كذلك الحال فيما يتعلق بتعدد مثيرات الإرتكاس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة .. فكل ما يمت بصلة ما ، أو بشكل أو بآخر إلى العقار ، وما يرتبط به يشكل مثيراً لديهم .. فهم مستهدفون من كل جانب ، ومحاصرون من كل ركن باثارة الرغبة ، والاشتياق ، والاشتهاء ، واللهفة للتعاطي من جديد والإرتكاس باستمرار .. وهذا عكس الحال لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة .

كذلك الحال ايضاً فيما يتعلق بمواقف الإرتكاس وعوامله ، فهي كثيرة ومتنوعة ، ومتعددة ، وذات خطورة عالية ، ومكثفة ، وشائكة لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة .. فهم أكثر حساسية لها ، وأكثر استهدافاً لها ، وأكثر انخراطاً فيها ، واكثر ميلاً للوقوع بها، والتورط فيها قصداً أو عن غير قصد ، وحتى استجاباتهم لها أكثر سرعة ، وأكثر اندفاعية ، وأقل حذراً ، وأقل حيطة.. فهم أقل كفاءة في استخدام مهارات التأقلم مع تلك المواقف أو تلك العوامل ... فهي لهم وهم لها إلى أن يقضي الله بالشفاء.

التحقق من صحة الفرض الثاني ، وتفسيره:

ويتعلق الفرض الثاني لهذه الدارسة بوجود فروق جوهرية بين تكرارات استجابات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة علي قائمة مثيرات الإرتكاس وذلك لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ووجود فروق جوهرية بين تكرارات الاثارة/ عدم الاثارة لصالح الاثارة لدي العينة الكلية . ولكي يمكن التحقق من صحة الفرض وتفسيره علينا بعرض الآتي :

١- تكرارات المثيرات ، ونسبها المئوية لدى لعينات الثلاث (غيرمرتبة).

٢- التمثيل البياني لذلك.

٣- تكرارات المثيرات ونسبها المئوية لدى العينات الثلاث (بعد الترتيب).

٤- التمثيل البياني لذلك.

٥- قيم كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة .

٦- قيم كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة لدى العينة الكلية .

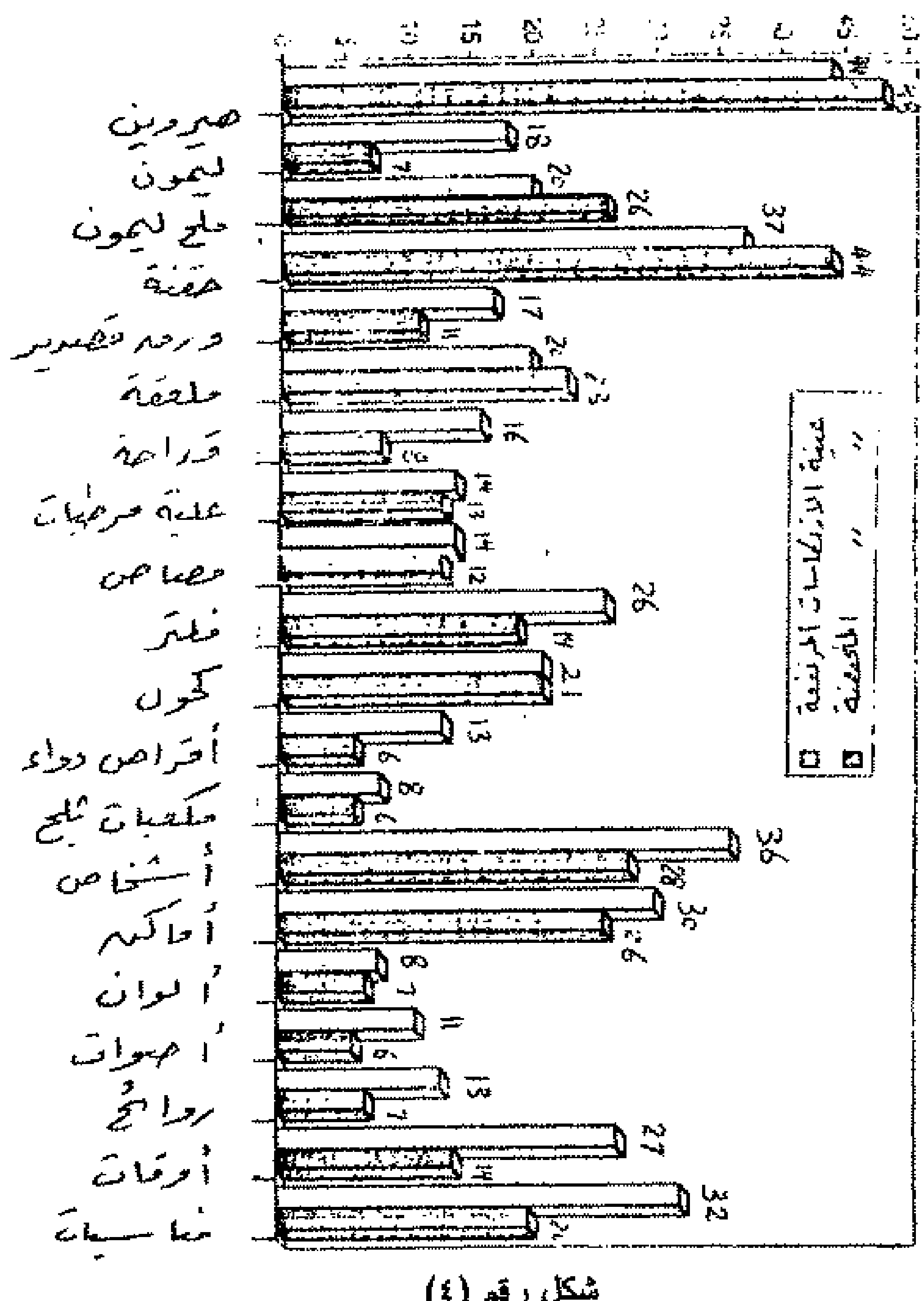
٧- جدول تلخيصي لأهم النتائج السابقة لهذا الفرض.

وسوف تعرض الجداول التالية ما سلف ذكره.

جدول رقم (٢٩)

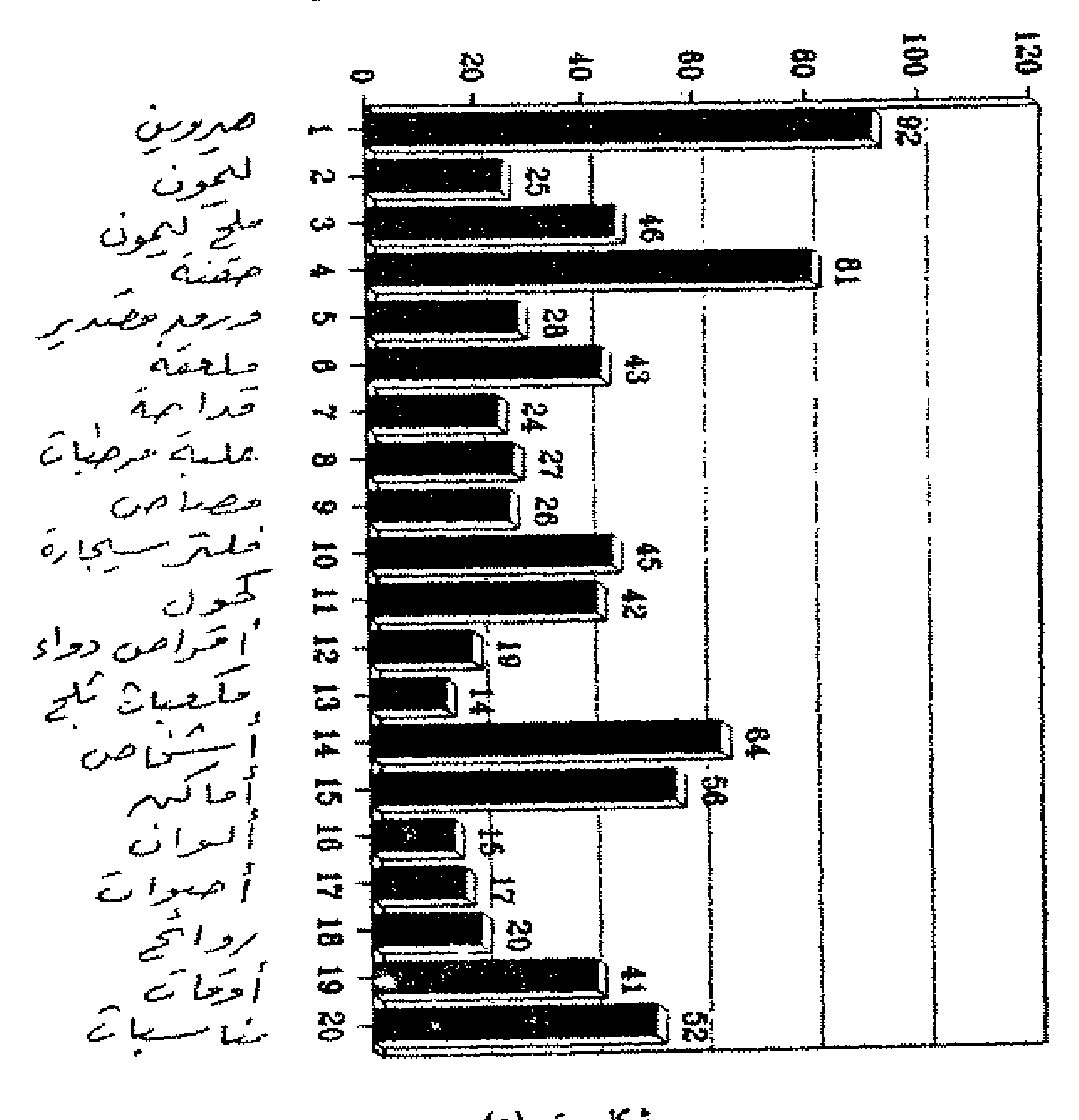
التكرارات، والنسب المئوية لدى عينات الدراسة الثلاث على قائمة مثيرات الإرتكاس (قبل الترتيب)

تكرارات العينات المثيرات	عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة(ن = ٦٤)		العينة الكلية (ن = ١٢٠)	
	ك	٪	ك	٪	ك	٪
هيروين	٤٤	٨٧,٥٧	٤٨	٧٥,٠٠	٩٢	٧٦,٦٦
ليمون	١٨	٣٢,١٤	٧	١٠,٩٣	٢٥	٢٠,٨٣
ملح ليمون	٢٠	٣٥,٧١	٢٦	٤٠,٦٢	٤٦	٣٨,٣٣
حقنة	٣٧	٦٦,٠٧	٤٤	٦٨,٧٥	٨١	٦٧,٥٠
ورق قصدير	١٧	٣٠,٣٥	١١	١٧,١٨	٢٨	٢٣,٣٣
ملعقة	٢٠	٣٥,٧١	٢٣	٣٥,٩٣	٤٣	٣٥,٨٣
قداحة	١٦	٢٨,٥٧	٨	١٢,٥٠	٢٤	٢٠,٠٠
علبة مرطبات	١٤	٢٥,٠٠	١٣	٢٠,٣١	٢٧	٢٢,٥٠
مصاص	١٤	٢٥,٠٠	١٢	١٨,٧٥	٢٦	٢١,٦٦
فلتر سجارة	٢٦	٤٦,٤٢	١٩	٢٩,٦٨	٤٥	٣٧,٥٠
كحول	٢١	٣٧,٥٠	٢١	٣٢,٨١	٤٢	٣٥,٠٠
أقراص دواء	١٣	٢٣,٢١	٦	٩,٣٧	١٩	١٥,٨٣
مكعبات ثلج	٨	١٤,٢٨	٦	٩,٣٧	١٤	١١,٦٦
أشخاص	٣٦	٦٤,٢٨	٢٨	٤٣,٧٥	٦٤	٥٣,٣٣
اماكن	٣٠	٥٣,٥٧	٢٦	٤٠,٦٢	٥٦	٤٦,٦٦
الوان	٨	١٤,٢٨	٧	١٠,٩٣	١٥	١٢,٥٠
اصوات	١١	١٩,٦٤	٦	٩,٣٧	١٧	١٤,١٦
روائح	١٣	٢٣,٢١	٧	١٠,٩٣	٢٠	١٦,٦٦
اوقات	٢٧	٤٨,٢١	١٤	٢١,٨٧	٤١	٣٤,١٦
مناسبات	٣٢	٥٧,١٤	٢٠	٣١,٢٥	٥٢	٤٣,٣٣



شكل رقم (٤)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لمقارنة تكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة وعينة الإرتكاسات المنخفضة على مثيرات الإرتكاس (قبل الترتيب)



شكل رقم (٥)

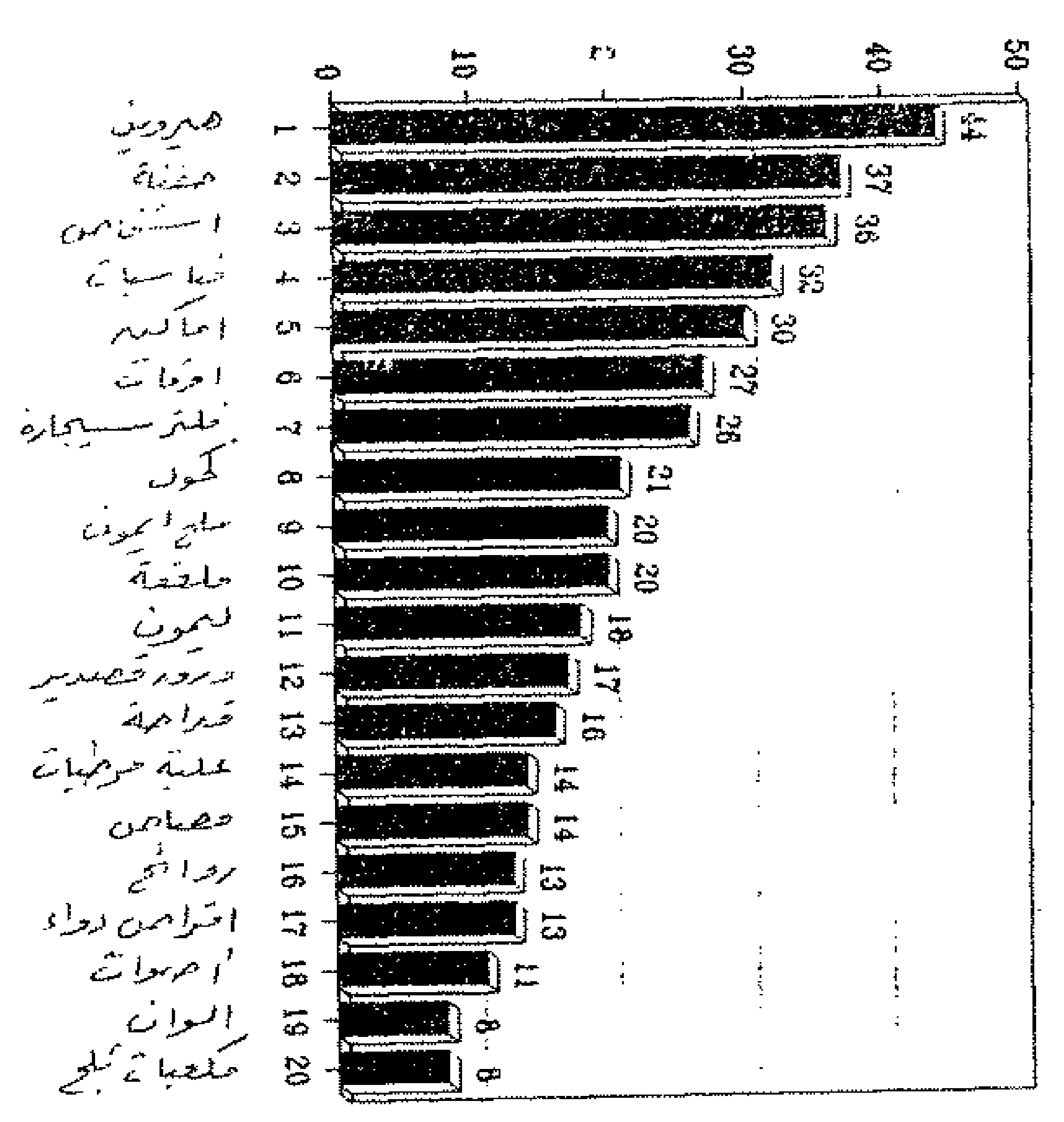
التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات العينة الكلية (ن = ١٢٠)

على قائمة مثيرات الإرتكاس (قبل الترتيب)

جدول رقم (٣٠)

التكرارات ، والنسب المئوية ، والمثيرات لدى عينات الدراسة الثلاث على قائمة مثيرات الإرتكاس (بعد الترتيب)

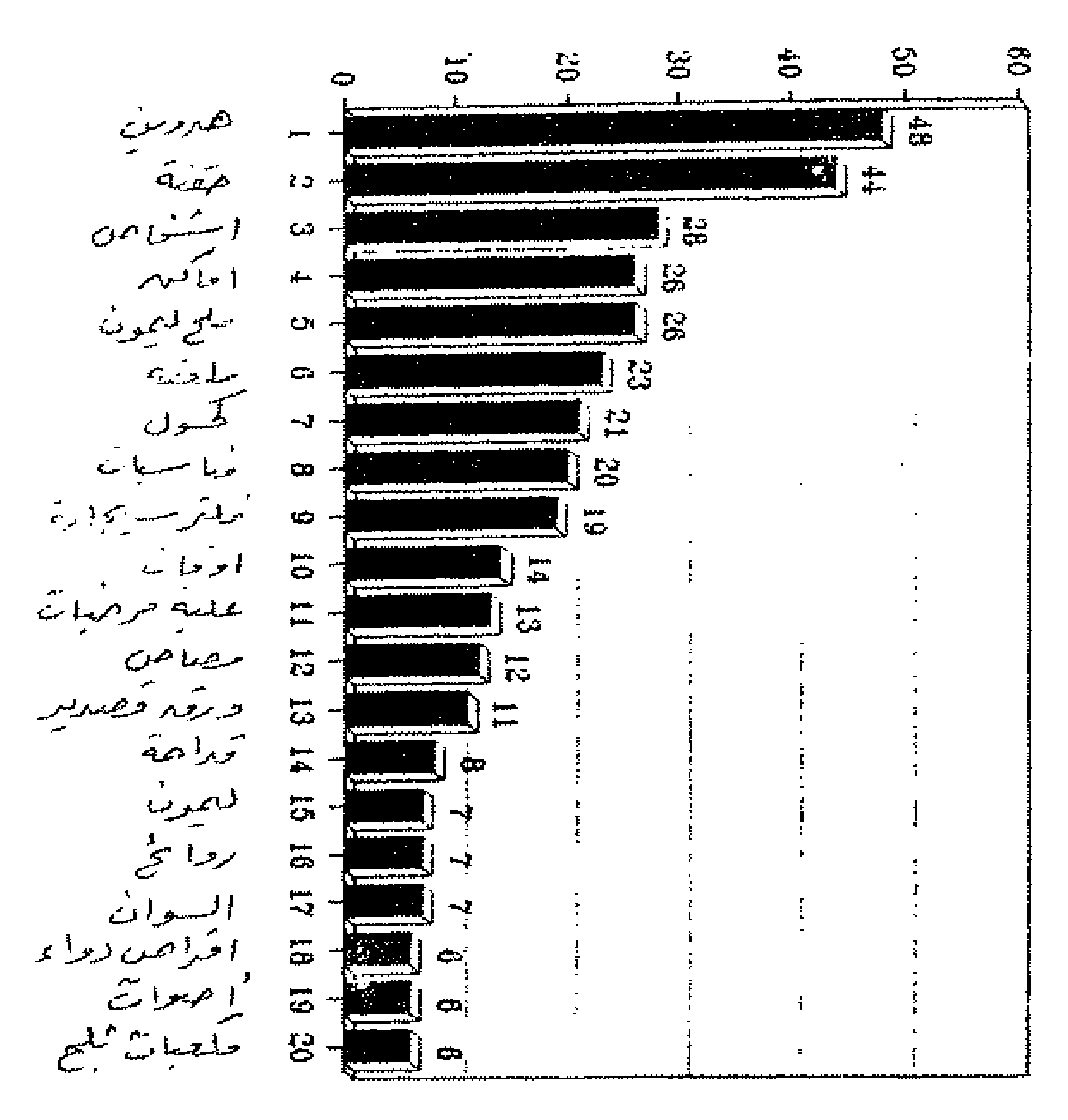
عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)			عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)			العينة الكلية (ن = ١٢٠)		
ترتيب المثير	ك	٪	ترتيب المثير	ك	٪	ترتيب المثير	ك	٪
هيروين	٤٤	٧٨,٥٧	هيروين	٤٨	٧٥,٠٠	هيروين	٩٢	٧٦,٦٦
حقنة	٣٧	٦٦,٠٧	حقنة ,	٤٤	٦٨,٧٥	حقنة	٨١	٦٧,٥٠
اشخاص	٣٦	٦٤,٢٨	اشخاص	٢٨	٤٣,٧٥	اشخاص	٦٤	٥٣,٣٣
مناسبات	٣٢	٥٧,١٤	أماكن	٢٦	٤٠,٦٢	أماكن	٥٦	٤٦,٦٦
اماكن	٣٠	٥٣,٥٧	ملح ليمون	٢٦	٤٠,٦٢	مناسبات	٥٢	٤٣,٣٣
اوقات	٢٧	٤٨,٢١	ملعقة	٢٣	٣٥,٩٣	ملح ليمون	٤٦	٣٨,٣٣
فلتر سجارة	٢٦	٤٦,٤٢	كحول	٢١	٣٢,٨١	فلتر سيجارة	٤٥	٣٧,٥٠
كحول	٢١	٣٧,٥٠	مناسبات	٢٠	٣١,٢٥	ملعقة	٤٣	٣٥,٨٣
ملح ليمون	٢٠	٣٥,٧١	فلتر سيجارة	١٩	٢٩,٦٨	كحول	٤٢	٣٥,٠٠
ملعقة	٢٠	٣٥,٧١	اوقات	١٤	٢١,٨٧	أوقات	٤١	٣٤,١٦
ليمون	١٨	٣٢,١٤	علبة مرطبات	١٣	٢٠,٣١	ورق تصدير	٢٨	٢٣,٣٣
ورق تصدير	١٧	٣٠,٣٥	مصاص	١٢	١٨,٧٥	علبة مرطبات	٢٧	٢٢,٥٠
قداحة	١٦	٢٨,٥٧	ورق تصدير	١١	١٧,١٨	مصاص	٢٦	٢١,٦٦
علبة مرطبات	١٤	٢٥,٠٠	قداحة	٨	١٢,٥٠	ليمون	٢٥	٢٠,٨٣
مصاص	١٤	٢٥,٠٠	ليمون	٧	١٠,٩٣	قداحة	٢٤	٢٠,٠٠
روائح	١٣	٢٣,٢١	روائح	٧	١٠,٩٣	روائح	٢٠	١٦,٦٦
اقراص دواء	١٣	٢٣,٢١	الوان	٧	١٠,٩٣	اقراص دواء	١٩	١٥,٨٣
اصوات	١١	١٩,٦٤	اقراص دواء	٦	٩,٣٧	أصوات	١٧	١٤,١٦
الوان	٨	١٤,٢٨	اصوات	٦	٩,٣٧	ألوان	١٥	١٢,٥٠
مكعبات ثلج	٨	١٤,٢٨	مكعبات ثلج	٦	٩,٣٧	مكعبات ثلج	١٤	١١,٦٦



شكل رقم (٦)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة على قائمة مثيرات الإرتكاس (بعد الترتيب)

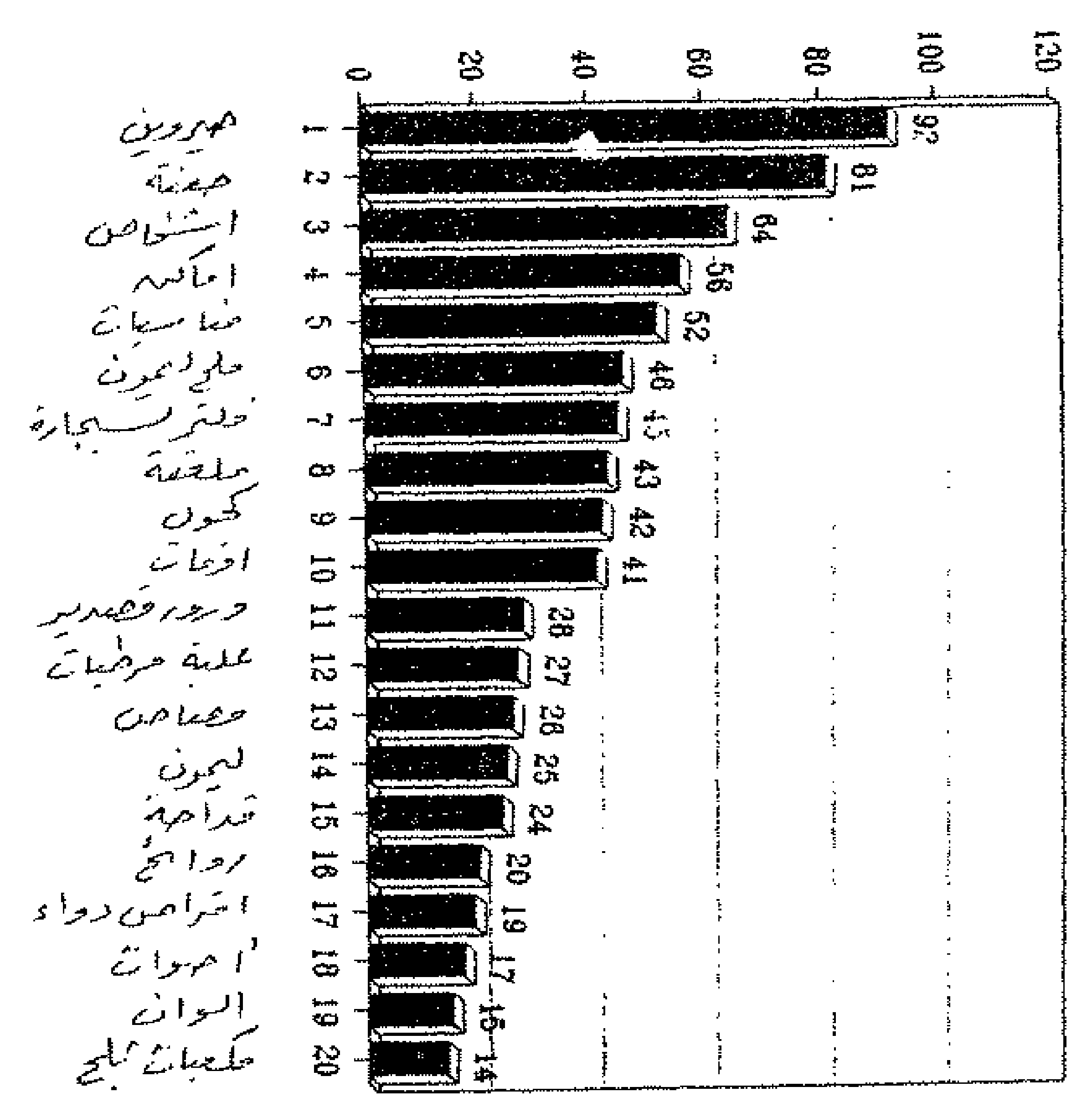
RELAPSE CUES



شكل رقم (٧)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرار عينة الإرتكاسات المنخفضة على قائمة مثيرات الإرتكاس (بعد الترتيب)

RELAPSE CUES



شكل رقم (٨)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات العينة الكلية (ن = ١٢٠)

على قائمة مثيرات الإرتكاس (بعد الترتيب)

جدول رقم (٣١)

كا٢ لحسن المطابقة ودلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة على قائمة مثيرات الإرتكاس

كا٢ ودلالتها / مثيرات الإرتكاس	تكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة	تكرارات عينة الإرتكاسات المنخفضة	درجات الحرية	كا٢	الدلالة
هيروين	٤٤	٤٨	١	٠,٢١	—
ليمون	١٨	٧	١	٨,١٤	٠,٠١
ملح ليمون	٢٠	٢٦	١	٠,٣٠	—
حقنة	٣٧	٤٤	١	٠,٠٩	—
ورق قصدير	١٧	١١	١	٢,٨٩	—
ملعقة	٢٠	٢٣	١	٠,٠٠	—
قداحة	١٦	٨	١	٤,٨٢	٠,٠٥
علبة مرطبات	١٤	١٣	١	٠,٣٧	—
مصاص	١٤	١٢	١	٠,٦٨	—
فلتر سجارة	٢٦	١٩	١	٣,٥٧	—
كحول	٢١	٢١	١	٠,٢٨	—
اقراص دواء	١٣	٦	١	٤,٢٩	٠,٠٥
مكعبات ثلج	٨	٦	١	٠,٦٩	—
أشخاص	٣٦	٢٨	١	٥,٠٦	٠,٠٥
أماكن	٣٠	٢٦	١	٢,٠١	—
ألوان	٨	٧	١	٠,٣٠	—
أصوات	١١	٦	١	٢,٥٨	—
روائح	١٣	٧	١	٣,٢٤	—
أوقات	٢٧	١٤	١	٩,٢١	٠,٠١
مناسبات	٣٢	٢٠	١	٨,١٥	٠,٠١

جدول (٣٢)

دلالة الفرق ، وحسن المطابقة بوساطة كا٢ لدى العينة الكلية لتكرارات الاثارة وعدم الاثارة على مثيرات الإرتكاس

المثيرات	تكرارات الاثارة	تكرارات عدم الاثارة	درجات الحرية	كا٢	الدلالة	لصالح
هيروين	٩٢	٢٨	١	٣٤,١٣	٠,٠٠١	الأثارة
ليمون	٢٥	٩٥	١	٤٠,٨٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
ملح ليمون	٤٦	٧٤	١	٦,٥٣	٠,٠٥	عدم الاثارة
حقنة	٨١	٣٩	١	١٦,٨٧	٠,٠٠١	الاثارة
ورق تصدير	٢٨	٩٢	١	٣٤,١٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
ملعقة	٤٣	٧٧	١	٩,٦٣	٠,٠١	عدم الاثارة
قداحة	٢٤	٩٦	١	٤٣,٢٠	٠,٠٠١	عدم الاثارة
علبة مرطبات	٢٧	٩٣	١	٣٦,٣٠	٠,٠٠١	عدم الاثارة
مصاص	٢٦	٩٤	١	٣٨,٥٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
فلتر سجارة	٤٥	٧٥	١	٧,٥٠	٠,٠١	عدم الاثارة
كحول	٤٢	٧٨	١	١٠,٨٠	٠,٠٠١	عدم الاثارة
اقراص دواء	١٩	١٠١	١	٥٦,٠٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
مكعبات ثلج	١٤	١٠٦	١	٧٠,٥٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
أشخاص	٦٤	٥٦	١	٠,٥٣	–	الاثارة
أماكن	٥٦	٦٤	١	٠,٥٣	–	عدم الاثارة
ألوان	١٥	١٠٥	١	٦٧,٥٠	٠,٠٠١	عدم الاثارة
أصوات	١٧	١٠٣	١	٦١,٦٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
روائح	٢٠	١٠٠	١	٥٣,٣٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
أوقات	٤١	٧٩	١	١٢,٠٣	٠,٠٠١	عدم الاثارة
مناسبات	٢٥	٦٨	١	٢,١٣	–	عدم الاثارة

جدول (٣٣)

تلخيص النتائج المتعلقة بمثيرات الإرتكاس

المثيرات	ترتيب المثيرات			كا٢ بين	
	عينة الارتكاسات المرتفعة	عينة الارتكاسات المنخفضة	العينة الكلية	عينتي الارتكاسات المنخفضة والمرتفعة	الاثارة / عدم الأثارة للعينة الكلية
هيروين	١	١	١	غير دالة	٠,٠٠١/الأثارة
حقنة	٢	٢	٢	غير دالة	٠,٠٠١/الأثارة
اشخاص	٣	٣	٣	٠,٠٥	غير دالة/ الاثارة
مناسبات	٤	٨	٥	٠,٠١	غير دالة/عدم الاثارة
أماكن	٥	٤	٤	غير دالة	غير دالة/عدم الاثارة
أوقات	٦	١٠	١٠	٠,٠١	٠,٠٠١/عدم الاثارة
فلتر سجارة	٧	٩	٧	غير دالة	٠,٠١/عدم الاثارة
كحول	٨	٧	٩	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
ملح ليمون	٩	٥	٦	غير دالة	٠,٠٠٥/عدم الاثارة
ملعقة	١٠	٦	٨	غير دالة	٠,٠١/عدم الاثارة
ليمون	١١	١٥	١٤	٠,٠١	٠,٠٠١/عدم الاثارة
ورق قصدير	١٢	١٣	١١	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
قداحة	١٣	١٤	١٥	٠,٠٥	٠,٠٠١/عدم الاثارة
علبة مرطبات	١٤	١١	١٢	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
مصاص	١٥	١٢	١٣	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
روائح	١٦	١٦	١٦	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
اقراص دواء	١٧	١٨	١٧	٠,٠٥	٠,٠٠١/عدم الاثارة
أصوات	١٨	١٩	١٨	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
الوان	١٩	١٧	١٩	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة
مكعبات ثلج	٢٠	٢٠	٢٠	غير دالة	٠,٠٠١/عدم الاثارة

وعلى ذلك يتضح لنا من الجداول السابقة أن الفرض الثاني لهذه الدراسة قد تحقق ولكن بشكل جزئي ، فلم تكن كل قيم كا٢ جوهرية بين عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخضة ، ولم تكن قيم كا٢ جوهرية في جملتها بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة لدى العينة الكلية . وحيث أن جملة قيم كا٢ المحسوبة لهذا الفرض هي (٤٠) قيمة تحقق منها ما تمشى مع هذا الفرض (٨) قيم فقط أي انه يمكن القول بان هذا الفرض قد تحقق بنسبة (٢٠,٠٠ ٪) فقط . وسوف نناقش الآن كل مثير على حده بالتحليل والتفسير .

١ – الهيروين:

احتفظ الهيروين بالترتيب الأول لدى العينات الثلاث ، فهو أكبر وأهم مثير ، ولعل السبب في ذلك يرجع أن أفراد العينة في جملتها من مدمني الهيروين .. لذلك فمن المنطقي أن يكون الهيروين هو المثير الأمMother Cueأو المثير العام Major Cue لدى متعاطيه . وبرغم أن قيمة (كا٢) بين عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة لم تصل لحد الدلالة فيما يتعلق بالهيروين إلا انه من الملاحظ أن عينة الإرتكاسات المرتفعة أكثر حساسية للهيروين لأنه حقق لدى أفرادها الاثارة بنسبة (٨٧,٥٧٪) وهي نسبة تفوق مثيلتها لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والتي بلغت قيمتها (٧٥٪) وكون عينة الإرتكاسات المرتفعة أكثر حساسية للهيروين فهذا منطقياً..فهم أكثر شعوراً بالضعف أمامه .. فهو مازال المثير الأكثر قوة ، والأكثر جاذبية ، والأكثر تأثيراً ،

وسيطرة ، وهيمنة ، والسبب المهم في تكرار الإرتكاس لديهم .
ومما يثبت فعالية الهيروين في التأثير على متعاطيه أن (٧٦,٦٦٪) من العينة الكلية قد أقروا بانه اقوى المثيرات تأثيراً ولذلك أتت قيمة (كا٢) دالة لصالح تأثير الهيروين في المقارنة بين تكرارات الاثارة وعدم الاثارة ... ودلالة (كا٢) هنا دلالة جوهرية مرتفعة عند مستوى (٠,٠٠١) مشيرة إلى أن الهيروين هو أكثر المثيرات أحداثاً للأثارة Stimulation على الإطلاق.

٢- الحقنة :

احتفظت الحقنة كمثير بالترتيب الثاني لدى العينات الثلاث. وهي تلي الهيروين في الأهمية ، والتأثير . وجاءت قيمة كا٢ للفرق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، و المنخفضة غير دالة ، وبرغم ذلك فإن قيمة كا٢ للفرق بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة كانت دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح الاثارة لدى العينة الكلية حيث أن (٦٧,٥٠٪) من جملة العينة الكلية أقروا بوجود الاثارة في مثير الحقنة.

ولعل السبب في تأثير الحقنة على أفراد العينة يبدو منطقياً.. لأن جميع أفراد العينة من مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد .. لذلك تعد الحقنة من الأدوات الأساسية ، والرئيسة في تعاطي الهيروين ، ودونها لا يمكن استخدام الهيروين ، لأنه إن كان من الممكن تعاطي الهيروين عن طريق الشم ، أو الحرق والأستنشاق، أو البلع، إلا أن تعاطيه عن طريق الحقن هو الأفضل دائماً لدى متعاطيه ، لأن دخوله عن طريق

الدم ثم الجهاز العصبي يعد أسرع الطرق ، وأقواها ، وأكثرها فعالية..ويحصل المتعاطي على قمة نشوته السريعة عن هذا الطريق..لذلك غدت الحقنة مثيراً مهماً في حياة مدمن الهيروين.. ولذلك فهو يحرص دائماً على الاحتفاظ بكميات كبيرة من الحقن ، ويلجأ إلى كل سبيل لتأمين وجودها..فتحضير الحقنة متعة ، وطبخ الهيروين متعة ، ووضع سن الحقنة في الوريد متعة.. هكذا يحاول المدمن أن يخلق من أي شئ يمت للإدمان بصلة ـ متعة ينسى بها آلامه ، ويعش بها وجدانه لحظات ثم يعاود كرته ثانية.. وهكذا.

٣- الأشخاص :

أحتفظ مثير الاشخاص بالمرتبة الثالثة لدى العينات الثلاث على السواء . ولم تبلغ قيمة كا٢ للفروق بين تكرارات الاثارة/ عدم الاثارة حد الدلالة الاحصائية ، وبرغم ذلك فإنها تشير إلى أن فرق تكرارات الاثارة / عدم الاثارة يمكن أن يكون لصالح الاثارة لان جملة الذين أقروا بمثير الاشخاص كمثير مهم حوالي (٥٣,٣٣٪) من العينة الكلية أي أكثر من نصف العينة قد تأثروا بمثير الاشخاص .. وجاءت قيمة كا٢ للفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة مؤيدة لذلك لأنها دالة عند مستوى (٠,٠٥) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة.

ومثير الأشخاص في حياة المدمن يمكن أن يعني:

١- البائع المتعاطي .

٢- البائع غير المتعاطي .

٣- التاجر ، والمروج ، والموزّع.

٤- أصدقاء التعاطي .

٥- المتعاطون من غير الأصدقاء.

٦- أي شخص في حالة خدر أو نشوة.

٧- الميسر .

٨- الوسيط.

٩- آخرون.

لذلك يبدو منطقيا أن رؤية أي من هؤلاء الأشخاص ، أو الالتقاء بهم يثير رغبة الاستخدام ، ورغبة الإرتكاس في نفوس المدمنين المتوقفين لأن رؤية هؤلاء الاشخاص تذكر المدمن بكل ماسبق في حياته الإدمانية .. فضلاً عن أن المدمن المتوقف برغم ذكرياته السيئة مع هؤلاء الأشخاص في العادة .. إلا أنه لا يتذكر فقط إلا متعة التعاطي ..فهي دائماً بؤرة تفكيره ، ومحور ذاكرته.

٤- المناسبات :

أحتفظت المناسبات بالمرتبة الخامسة لدى العينة الكلية وبرغم أن قيمة كا٢ جاءت غير دالة بالنسبة لفروق تكرارات بعد الاثارة / عدم الاثارة للعينة الكلية .. حيث أقر (٤٣,٣٣٪) فقط من أفراد العينة الكلية بوجود الاثارة.. ومع ذلك فإن الأمر اختلف كلياً بالنسبة لمقارنة عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة . فلقد كان ترتيب مثير المناسبات لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة هو الرابع ، في حين كان ترتيبه الثامن لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة.

وهذا الفرق الواضح أيدته قيمة كا٢ للفروق بين تكرارات العينتين .
حيث جاءت قيمة كا٢ دالة عند مستوى (٠,٠١)
لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة.. وهذا يعني أنها أكثر تأثراً ، واستهدافاً لمثير المناسبات مقارنة بعينة الإرتكاسات المنخفضة. وهذا يبدو منطقياً للغاية .. لأن هذا الأستهداف ، وهذه الحساسية للمناسبات هي التي جعلت عينة الإرتكاسات المرتفعة تعاني دائماً من تواتر الإرتكاس ، وتكراره ، وهي التي اخفضت معدل الإرتكاس لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والمناسبات التي نقصدها هنا هي عبارة عن مناسبات : زواج ، زفاف ، عقد قران ، عيد ميلاد ، ولادة ، ترقية ، نجاح ، فوز ، كسب ثروة ، أعياد عامة ، أعياد خاصة ، الشعْبنة ، الرمضنة ، حفلات ، مناسبات خاصة،....الخ.
تلك المناسبات التي أعتاد فيها المدمن على التعاطي تراها تمر عليه ثقيلة ، مريرة ، طويلة ، الدقيقة كأنها ساعة ، واليوم كأنه عام لأنها تذكره بعادات تعاطيه ، وانه أعتاد أن يحتفل بتلك المناسبات وهو بصحبة العقار... فمرور المناسبة عليه يحثه ويثيره ليحن من جديد لصحبة عقاره لكي يجيد احتفاله بالمناسبة وفقاً لوجهة نظره.

٥- الأماكن :

أحتفظ مثير الأماكن بالمرتبة الخامسة لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، بينما كان ترتيبه الرابع لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وكذلك الحال لدى العينة الكلية.

ويوجد حوالي (٤٦,٦٦٪) فقط من أفراد العينة الكلية هم الذين أقروا بتأثير هذا المثير ، ولذلك جاءت قيمة كا٢ لفروق تكرارات الأثارة/ عدم الأثارة غير دالة لصالح عدم الأثارة. كذلك جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة، والمنخفضة غير دالة أيضاً.. ولكن برغم ذلك فإنه من الملاحظ أن النسبة المئوية لتكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة (٥٣,٥٧٪) تفوق النسبة المئوية لتكرارات عينة الإرتكاسات المنخفضة (٤٠,٦٢٪).

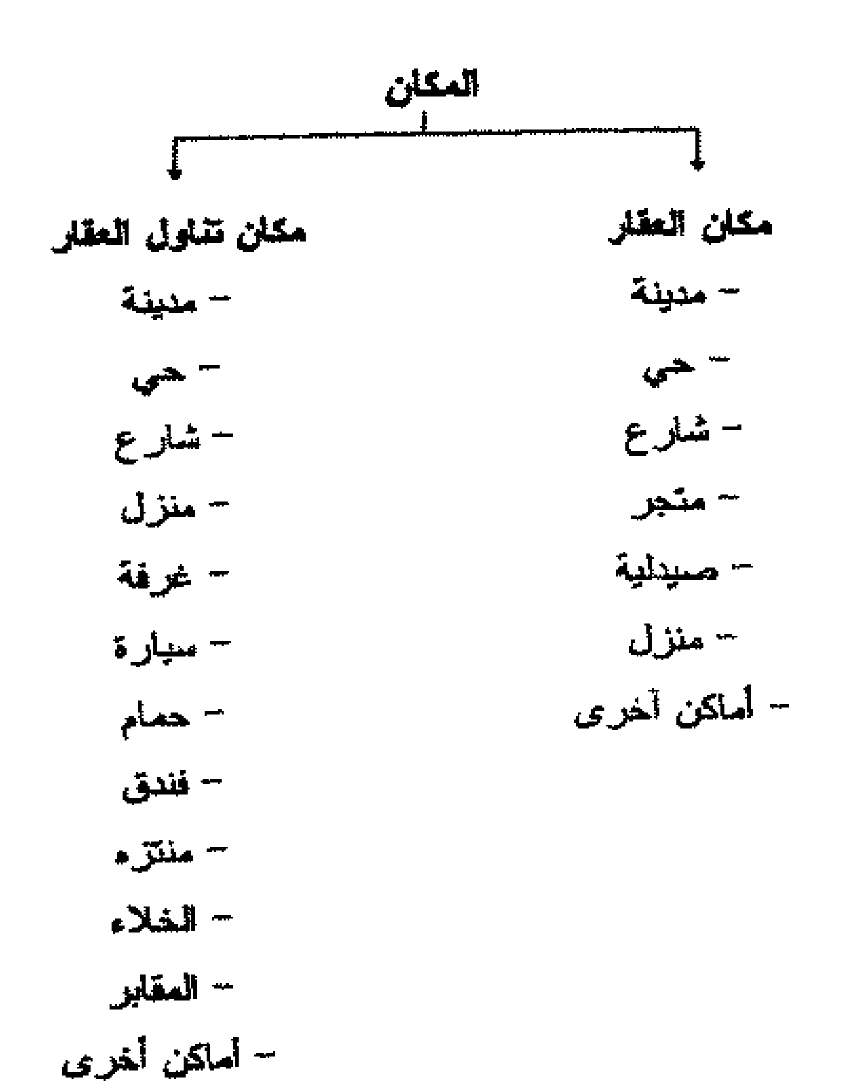
ويمكن تلخيص تلك النتائج بالآتي

إن عينة الإرتكاسات المرتفعة أكثر حساسية نسبياً لمثير الأماكن من حيث حجم الأفراد الذين أقروا بهذا لأن تكرارات الاستجابة لهذا المثير كانت أكبر من عينة الإرتكاسات المنخفضة .	ان عينة الإرتكاسات المنخفضة أكثر حساسية نسبياً لمثير الأماكن من حيث أولوية ترتيب المثيرات لأن ترتيب المثير لديها كان الرابع بينما كان ترتيبه الخامس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة .

وعلى هذا فمتغير الحاسية للمثير هنا اختلف لدى العينتين، فكل من العينتين لديه نوعاً خاصاً من الحساسية الاستجابية لمثير الأماكن يختلف عن الآخر.

وعموماً فإن هذه النتيجة تعد مؤدية لأهمية الأماكن أكثر منها محيرة فهو مثير فعال على الجانبين ، ولكل العينات حتى

وان اختلفت وجهة الحساسية للمثير.. ولعل السبب الرئيسي في ذلك هو أن المكان الذي يرتبط بأحداث معينة لدى الفرد سواء كانت أحداثاً سارة أم مؤلمة يظل المكان واحداثة عالقة في خاطر الفرد فاذا مر بالمكان أو شاهده ، أو حتى سمع عنه فإنه يتذكر على الفور الأحداث المرتبطة بالمكان وتثير في نفسه المشاعر المرتبطة بتلك الأحداث،وبذلك المكان .. وهذا مايحدث للمحب حين يمر بمكان كان يرتاده مع محبوبه فيستدعي ذكرياته حتى عن غير قصد كنوع من الاستدعاء الاشتراطي Conditioned Recall وهذا ما يحدث للمدمن خاصة المتوقف أو المقلع عن العقار.. والمكان لدى المدمن هو عبارة عن ما يلي:



ولذلك يجد المدمن المتوقف نفسه محاصراً أحياناً من كل جهة بأماكن تذكره ، وتحثه على معاودة التعاطي ، والإرتكاس من جراء الاستغراق في ذكريات التعاطي السابقة .. وخاصة ذكريات المتعة Pleasure Memories ، ولذلك ينصح في بعض الأحيان في علاج الإدمان بتغيير البيئة ، والمكان الذي يعيش فيه المدمن كاجراء وقائي ، وأبعاده عن مثيرات المكان التي قد تدفع به في العاجل أو الآجل للإرتكاس..خاصة في المراحل الباكرة من التشافي Recovery.

٦- الأوقات :

أحتل مثير الأوقات الترتيب السادس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، بينما ظل في المرتبة العاشرة لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وكذلك لدى العينة الكلية .

وجاءت قيمة كا٢ دالة عند مستوى (٠,٠٠١) وذلك لفروق تكرارات الأثارة / عدم الأثارة .. وذلك لصالح عدم الأثارة لدى العينة الكلية ، وذلك لأن الذين أقروا بوجود تأثير لهذا المثير هم فقط (٣٤,١٦٪) من جملة العينة الكلية ، ومعظمهم من ذوي الإرتكاسات المرتفعة .

كذلك جاءت قيمة كا٢ عند مستوى (٠,٠١) وذلك لفروق تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة .. لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة . وهذا يعني أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة لديهم حساسية خاصة للأوقات تفوق مثيلتها لدى أرباب الإرتكاسات المنخفضة..وأنعكس هذا الفرق أيضاً في ترتيب المثير لدى العينتين..ولعل الأمر يبدو مقبولاً ، وهذه النتيجة تحاكي الواقع الفعلي.. فالأفراد من ذوي الإرتكاسات المرتفعة أعتادوا أن تكون معظم أوقاتهم من أجل العقار وما يتعلق به ، وهم يخلقون مناسبات لذلك، والأوقات لديهم عبارة عن:

- عند الاستيقاظ والأفاقة (الاصطباحة)
- القيلولة والظهيرة.
- فترة ما بعد الظهر (العصاري)
- فترة المساء.

- فترة الليل والسهر والسمر، والأنس ، والفرفشة ،والمزاج .
- عند النوم (الختمة)

فضلاً عن تميز أوقات معينة مثل أوقات الاختبارات ، أو أثناء العمل ، أو في مواسم معينة ، أو أعياد معينة ، أو أوقات الغيم ، والمطر ، والبرد، والثلج ، واحياناً يتحدد نوع العقار بنوع الوقت.. ففي أوقات الغيم تبدو سيجارة الحشيش هي المفضلة ، ووقت المطر تبدو قارورة الخمر هي المفضلة .. أما الهيروين فهو مفضل لدى مدمنيه في كل الأوقات .. ولكن في أوقات معينة يمكن زيادة الجرعة أحتفالاً بالمناسبة ..فعلى سبيل المثال يمكن الاحتفال بوقت ما ، أو مناسبة ما ويكون السبب فقط هو أن المدمن قد نجح في الحصول على هيروين جيد أو لديه كمية لأباس بها .. وهكذا. ومرور الوقت الذي يحمل معنىً معيناً أو خاصاً لدى المدمن المتوقف أمر ليس بالهين عليه فلقد أعتاد قضاء هذا الوقت مع عقاره ، ولديه ذكريات وشجون كافية خاصة بهذا الوقت ... كل هذا من شأنه أن يثير لديه الرغبة والشوق للعودة والحنين إلى المفقود.. والإرتكاس من جديد.

٧- فلتر السيجارة :

أحتل مثير فلتر السيجارة المرتبة السابعة لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية ، بينما كان ترتيبه التاسع لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وجاءت قيمة كا٢ لفروق تكرارات الأثارة/ عدم الأثارة دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح عدم الاثارة لدى العينة الكلية. والسبب في ذلك ان (٣٧,٥٠٪)

من جملة العينة الكلية هم فقط الذين أقروا بوجود أشارة في هذا المثير.. وأغلبهم من ذوي الإرتكاسات المرتفعة.

أما قيمة كا٢ للفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة فبرغم كونها لم تصل لحد الدلالة الإحصائية، فإنه من الملاحظ ان النسبة المئوية لتكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة على هذا المثير (٤٦,٤٢٪) تفوق مثيلتها لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة (٢٩,٦٨٪).

وهذا يعني أن عينة الإرتكاسات المرتفعة ذات حساسية خاصة نسبياً لمثير فلتر السيجارة مقارنة بذوي الإرتكاسات المنخفضة،والسبب في ذلك أن لفلتر السيجارة أهمية كبيرة نسبياً في تنقية بودرة الهيروين المذاب في الماء وملح الليمون أثناء سحبه إلى الحقنة .. فيوضع الفلتر في مقدمة ثاقب الحقنة ثم يسحب السائل فيدخل إلى الحقنة مُنقى بفضل الفلتر.. وهذه هي الأهمية الأولى للفلتر ، وهي كفيلة بتذكير أي مدمن هيروين بذكريات التعاطي وإثارة الإرتكاس.

أما الأهمية الثانية لفلتر السيجارة فتتلخص في أن الفلتر يحتفظ ببعض البقايا ، والرواسب ، والتراكمات من جراء الاستعمال المتكرر ..فتعلق بداخله بقايا من السائل (هيروين + ماء + ملح ليمون) .. ويحتفظ المدمن بهذا الفلتر كبديل اذا لم يستطع الحصول على الهيروين لأي سبب ، فيأخذ الفلتر ويضع عليه قطرات ماء ثم يبدأ في طبخه من جديد ، وسحبه في الحقنة من جديد.. والبقايات التي تكون بداخل الفلتر من الممكن غالباً أن

تكفي لزوال الأعراض الانساحابية للمدمن حتى يمكن أن يصبح قادراً على البحث من جديد عن الهيروين .لذلك كان فلتر السيجارة مثيراً ليس هيناً في حياة مدمن الهيروين.. فضلاً عن فائدته في تدخين السيجارة العادية ، أو تدخين سيجارة الحشيش.

٨- الكحول :

أحتل مثير الكحول المرتبة التاسعة لدى العينة الكلية ، وجاءت قيمة كا٢ لفروق تكرارات الاثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى(٠,٠٠١) لصالح عدم الاثارة. والسبب في ذلك أن الذين أقروا بوجود أثارة في رؤية الكحول او شم رائحتة أوتذوقه يمثلون نسبة مئوية قدرها (٣٥,٠٠٪) فقط من جملة العينة الكلية.. لذلك جاء الفرق دال في صالح عدم الاثارة.

فرق حساسية الاستجابة للمثير

الحساسية الخاصة بحجم التكرارات وظهرت لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة حيث أن النسبة المئوية لتكرارات الاستجابة لهذا المثير كانت (٣٧,٥٠٪) وهي تفوق مثيلتها لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة (٣٢,٨١٪)

الحساسية الخاصة بأولوية المثير وظهرت لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة حيث ظهر ترتيب المثير في المرتبة السابعة وهي مرتبة تسبق ترتيبه لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة.

وهذا يدل على أن المثير يعد مهماً لدى عينتي الإرتكاسات

المرتفعة ، والمنخفضة بشكل نسبي ، والسبب في ذلك أن الكحول يعد من فئة المهبطات Depressants ، والمنومات Hypnotics، وهي الفئة ذاتها التي ينتمي إليها الهيروين فالهيروين والكحول كلاهما يساعد على النسيان ، وعلى حالة الخدر ، وعلى الشعور بالسعادة ، وعلى النوم ....الخ وهذا ما يسمى بمثيرات الإرتكاس المتعد Cross Relapse Cues أي المثيرات التي يمكن أن تثير الرغبة في معاودة التعاطي بعد التوقف ولكن لعقار بديل ينتمي إلى فئة العقار المعتاد.. فضلاً عن ذلك أعتقاد بعض مدمني الهيروين أن أحتساء الكحوليات بدلاً من، أوعوضاً عن تعاطي الهيروين يعد أفضل وهو ليس بالإرتكاس ، ويبالغ البعض حين يسمي هذا شفاءاً .. لذلك فمثير الكحول مثير مهم وفعال ، وذو مغزى ودلالة في حياة المدمن .. خاصة أن احتساء الكحول وتعاطيه لن يحتاج إلى حقنة ، أو إلى وريد جيد..فمدمن الهيروين تتلخص بعض معاناته في نهاية الأمر في عدم وجود وريد صالح للإستعمال في جسمه فيشعر كأنه على حافة الجنون .. لديه العقار، وليس لديه الوريد .. لذلك بعد التوقف للعلاج يفكر بعض مدمني الهيروين في تناول عقار بديل لا يفسد الأوردة ، ولا يحتاج إلى تناوله بالحقن .. ويقع الاختيار على الكحول .. أقل سعراً، وأكثر قبولاً أجتماعياً عن الهيروين، وله تأثير مهبط مثل الهيروين نسبياً ، فضلاً عن ذلك فإن معظم مدمني الهيروين كانوا يعاقرون الخمر والكحول قبل إدمانهم للهيروين .. فالأمر عند بعضهم ليس بالجديد.

٩- ملح الليمون :

وهو عبارة عن ملح حامض الستريك أو الليمونيك Citric Acid Salt ، ويأتي في الغالب على شكل مسحوق بودرة حبيبية بيضاء لامعة مثل السكر طعمها ليموني لاذع.. يفضلها بعض الطهاة عوضاً عن ثمرة الليمون نفسها ، وكذلك يفضلها مدمنوا الهيروين لاضافتها (مع الماء والهيروين) أكثر من الليمون نفسه لذلك جاء مثير ملح الليمون في المرتبة التاسعة لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة في حين جاء مثير الليمون في المرتبة الحادية عشر وهذا يثبت تفضيل ملح الليمون كمادة اضافية . ولقد أحتل ملح الليمون كمثير المرتبة الخامسة لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وأحتل المرتبة السادسة لدى العينة الكلية .

ولقد جاءت قيمة كا٢ لتكرارات الاثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠٥) ولكن لصالح عدم الاثارة والسبب في ذلك أن النسبة المئوية التي أقرت بتأثير ملح الليمون من جملة العينة الكلية كانت فقط (٣٨,٣٣٪) لذلك كانت النتيجة العامة هي عدم الاثارة. كذلك جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة غير دالة ، ومشيرة إلى عدم وجود فرق جوهري في تفضيل أو أثارة ملح الليمون لدى عينة ما دون آخرى. الشيئ الوحيد الذي يسترعي الانتباه هنا هو اختلاف اولوية ترتيب المثيرات. فلدى عينة الارتكاسات المرتفعة كان ترتيب المثير هو التاسع بينما كان ترتيبه الخامس لدى عينة الارتكاسات المنخفضة. ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن ذوي

الإرتكاسات المرتفعة يكون شغلهم الشاغل ، وبؤرة أثارتهم في العقار نفسه ، ومن يبيعه، وكيف يتناوله ، فالفرق ليس كبيراً في وجود ملح ليمون أو عدمه ، أو وجود ليمون..المهم هو أن العقار موجود ، والحقنة موجودة ، والوريد موجود..حيث ان ارتفاع اللهفة، والشهوة للتعاطي قد يغض النظر ، والأهتمام نسبياً عن الشكليات الأخرى.

أما عينة الإرتكاسات المنخفضة .. فهي عينة أشتهر أفرادها بالمقاومة ، وقلة الإرتكاس ، والسيطرة على الذات ، والتحكم في الرغبات قدر المستطاع ، ويكون شغلها الشاغل هو الاحتراس، والحذر من المثيرات الكبائر ، لذلك تجند كل طاقاتها لمواجهة تلك المثيرات الكبائر ، دون أن تدري أن بعض المثيرات الصغرى يمكن أن تؤثر فيها.. وهذا ما يحدث بالفعل .

١٠- الملعقة :

تعد الملعقة من أدوات التعاطي المستخدمة في طبخ الهيروين ، وتحتل الملعقة الترتيب العاشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والترتيب السادس لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والثامن لدى العينة الكلية ، ولقد جاءت قيمة كا٢ لفروق تكرارات الأثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة والسبب في ذلك أن الأفراد الذين أقروا بوجود أثارة لهذا المثير هم فقط حوالي (٣٥,٨٣٪) من جملة العينة الكلية .

كذلك الحال بالنسبة لقيمة كا٢ فلم تصل لحد الدلالة الاحصائية لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات

المرتفعة والمنخفضة .. مما يشير إلى عدم وجود فرق جوهري في الاستجابة التأثيرية بهذا المثير لدى العينتين.

فقط كل ما يسترعي الإنتباه هنا هو اختلاف ترتيب المثير لدى عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، حيث كان ترتيبه العاشر لدى (المرتفعة) ، والسادس لدى (المنخفضة) .. وما قد قيل عن ملح الليمون ينسحب أيضاً على الملعقة فهي تعد مثيراً أكثر جاذبية لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة لأن من فرط اهتمامها بالمثيرات الكبائر تتناسى المثيرات التي تبدو صغيرة أو بسيطة فتصبح حساسة لها دون أن تدري نسبياً .. فضلاً عن ذلك يمكن أن تفسر هذه النتيجة وما سبقتها في ضوء أن ذوي الإرتكاسات المنخفضة يخشون المثيرات البسيطة لأنها يمكن أن تقودهم ببساطة إلى المثيرات الكبيرة ثم إلى الإرتكاس. أو ان فرط الحذر الذي يتسمون به يجعلهم يخشون أي مثير صغير كان أم كبير فكثير النار من مستصغر الشرر .

١١- الليمون :

وأما أن تكون ثمرة الليمون نفسها ، أو عصيرها النقي الصافي دون أضافة ماء ، أو سكر ، أو مواد حافظة . وهو مثير أقل في التأثير من ملح الليمون ـ كما سبق القول ـ وجاء في الترتيب الحادي عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، بينما كان ترتيبه الخامس عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وكان ترتيبه الرابع عشر لدى العينة الكلية ، وجاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى

(٠,٠٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة . والسبب في ذلك ان الذين اقروا بوجود أثارة في هذا المثير هم فقط حوالي (٢٠,٨٣٪) من جملة العينة الكلية .

أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة فلقد جاءت دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، وهذا يعني انهم أكثر حساسية لهذا المثير عن ذوي الإرتكاسات المنخفضة .

والسبب في ذلك قد يرجع إلى أن الليمون ـ مهما كان الأمر ـ أحد المواد التي يمكن اضافتها إلى مسحوق الهيروين ، ولكنه أقل في الأهمية و، التأثير ، ولذلك لم يستجب له من عينة الإرتكاسات المنخفضة إلا سبعة اشخاص من جملة اربع وستين شخصاً أي بنسبة مئوية قدرها (١٠,٩٣٪) فقط وهي نسبة بسيطة وضئيلة ومشيرة إلى عدم أثارة هذا المثير لذوي الإرتكاسات المنخفضة في حين أستجاب عشرون شخصاً من جملة ست وخمسين شخصاً من ذوي الإرتكاسات المرتفعة لهذا المثير أي بنسبة (٣٥,٧١٪) ولما كان الفرق واضحاً وكبيراً بين النسبتين ظهرت قيمة كا٢ على نحو دال . وقد يكون الليمون الطازج ذو تأثير على ذوي الإرتكاسات المرتفعة لعدة أسباب:

١- أنه أحد المواد المضافة ، والمستعملة في طبخ الهيروين لتعاطيه.

٢- أنه يستخدم كثيراً في حالات الاغماء حين تزداد الجرعة.. فالمدمنون على الهيروين لديهم تلك الخبرة .. فهم يحتفظون

بالليمون طوال الوقت .. فاذا حدث لأي متعاطي في الجلسة حالة اغماء نتيجة جرعة زائدة Overdose فعلى الفور يتم استخدام الليمون ليعطي مفعولاً معاكساً من وجهة نظرهم فتحدث الافاقة من الإغماء Coma.

١٢- ورق القصدير: (الالومنيوم)

وهو من أحد الأدوات التي تستخدم في حرق الهيروين داخله ، ثم يتم استنشاق الدخان المنبعث منه ..وفي الغالب تكون هذه الطريقة هي الوسطى بين طريقة الشم ، وطريقة الحقن. وهو مثير أقل أهمية في الترتيب ، فلقد كان ترتيبه الثاني عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والثالث عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والحادي عشر لدى العينة الكلية .

ولا توجد فروق جوهرية بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة حيث أن قيمة كا٢ كانت غير دالة ، أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة/عدم الاثارة فلقد كانت دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة لأن الذين أقروا بوجود أثاره لهذا المثير هم فقط (٢٣,٣٣٪) من جملة العينة الكلية ، مما يدل على عدم جوهرية تأثير هذا المثير.

والسبب في ذلك يرجع أن عينة الدراسة في جملتها من مدمني الهيروين عن طريق الحقن.. وطريقة الحقن لاحقة على طريقة ورق القصدير .. فمن يستخدم الهيروين حقناً لا يفكر بعد ذلك في الغالب في استخدامه عن طريق ورق القصدير إلا نادراً جداً ، والسبب هو أن تجربة الهيروين حقناً أفضل وأسرع مفعولاً

وأكثر متعة من استخدامه بأي طريقة أو كيفية أخرى. وهذا ما يعرف بالإستخدام التطوري للعقار Progressive use of the Drug لذلك لم يكن هناك فرق جوهري بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، ولذلك كان تأثير هذا المثير ضعيفاً على جملة العينة.

١٣- النار أو الولعة :

وتشمل القداحة ، والشمعة ، أو أي نار تستخدم لطبخ الهيروين في الملعقة كي يتم تعاطيه حقناً .. والأكثر شيوعاً هي القداحة ، وخاصة القداحة الجديدة المليئة بالغاز ، وذات اللهب العالي . والشعلة الكبيرة أو الولاعة المكسورة والتي تدل على سبق استخدامها في حرق الهيروين.فهي مثير مهم لدى بعض مدمني الهيروين ولكن ليس في كل الأحوال .

وجاء المثير في الترتيب الثالث عشر لدى عنية الإرتكاسات المرتفعة ، والرابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والخامس عشر لدى العينة الكلية . ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة ، والسبب في ذلك ان حوالي (٢٠,٠٠٪) فقط من جملة العينة الكلية هم الذين اقروا بالاستجابة التأثيرية لهذا المثير .

أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة فلقد كانت دالة عند مستوى (٠,٠٥) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة وهذا يبدو منطقياً فإن

ذوي الإرتكاسات المرتفعة أكثر حساسية لمثير النار ، والولعة ، والقداحة والشمعة لأنه لا. يمكن استخدام الهيروين حقناً إلا عن طريق طبخه بوساطة نار أياً كان نوعها ، ومصدرها ، وحتى في الأستخدام السابق عن طريق ورق القصدير لا بد من استخدام النار ايضاً ، فضلاً عن أن النار، والقداحة ، وما شابه ذلك يستخدم في أغراض أخرى مثل اشعال السجائر ، فلا يوجد مدمن في الغالب دون قداحة ..فله فيها مآرب كثيرة ومتعددة...خاصة لدى معتادي الإرتكاس.

١٤- علب المرطبات :

وأحتل هذا المثير الترتيب الرابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والحادي عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والثاني عشر لدى العينة الكلية .

ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة والسبب في ذلك أن الذين أقروا بوجود اثارة في هذا المثير هم فقط حوالي (٢٢,٥٠٪) من جملة العينة الكلية .

كذلك الحال ، فلقد جاءت قيمة كا٢ غير جوهرية للفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة .. مما يدل على عدم وجود فرق جوهري بين العينتين في الاستجابة لهذا المثير. فقط كل ما يسترعي الانتباه ان ترتيب المثير قد اختلف بين العينتين ، حيث كانت له أولوية نسبياً لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن بعض من أفراد عينة الإرتكاسات المنخفضة كان لهم تاريخ في استخدام المواد الطيارة مثل (الطلاء ، الغراء ، ....الخ) والتي توضع عادة في علب المرطبات ، ويتم استنشاقها ، أو أن يكون أيضاً هو تفضيل بعض مدمني الهيروين تناول المرطبات ، والعصائر والآيس كريم نظراً لما يسببه تعاطي الهيروين من جفاف نوعاً ما في الفم، والحلق والبلعوم ، كذلك يمكن استخدام علب المرطبات بعد قصها في حرق الهيروين وطبخه بدلاً من الملعقة . لذلك فرؤية علب المرطبات من المثيرات التي قد تثير بعض مدمني الهيروين وليس كلهم.

١٥- المصاص :

وهو عبارة عن ورقة ملفوفة اسطوانية رفيعة ، مجوفة من الداخل ، مفتوحة الجانبين ، على شكل الماص الذي يستخدم في المختبرات ويستخدم في شفط أو شم الهيروين..

ولقد أحتل هذا المثير الترتيب الخامس عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والثاني عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والثالث عشر لدى العينة الكلية . ولقد جاءت قيمة

كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الأثارة / عدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ولكن لصالح عدم الاثارة ، والسبب في ذلك أن الذين أقروا بوجود أثارة في هذا المثير هم فقط حوالي (٢١,٦٦٪) فقط من جملة العينة الكلية .

كذلك الحال فيما يتعلق بقيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ..فلم تصل لحد الدلالة مما يؤكد عدم وجود فرق جوهري بينهما ، والسبب الرئيسي في ذلك كله أن عينة البحث في جملتها من مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد .. وهذه الطريقة تجب ما سبقها لدى معظم المدمنين.

أما اختلاف ترتيب المثير لدى عينتي الدراسة ، فمن الملاحظ انه ذو أولوية خاصة نسبياً لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة تفوق نسبياً مستوى تأثيره وترتيبه لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن كل جهد عينة الإرتكاسات المنخفضة هو عدم الإرتكاس باستخدام الهيروين حقناً بالوريد كما كان يحدث في السابق قبل العلاج..ولكن استخدامه عن طريق الشم بالماص ، أو المصاص يمكن أن يكون هاجساً في الخاطر ، والوجدان ، أو تحت الشعور..حيث ان استخدامه بهذه الطريقة لايعد إنتهاكاً كاملاً لقدسية التوقف والاقلاع .. ويكون هذا بالقطع فقط على مستوى التفكير ،و الخيال ، والاحساس وليس على مستوى التنفيذ والأداء أما أفراد عينة الإرتكاسات المرتفعة فهم لا يفكرون في الماص

لأنه اذا أراد أحدهم ان يرتكس فسوف يرتكس حقناً بالوريد علـى الفور.

١٦- روائح معينة:

الروائح من المثيرات الشمية المهمة ، والمؤثرة في بعـض الأحيان ، وقد تلعب دورها منفرداً أو في صحبة مثـيرات أخرى. واحتل هذا المثير الترتيب السادس عشر لدى كل العينات الثلاث. ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بيـن تكرارت الاثـارة / عـدم الاثارة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ولكـن لصـالح عـدم الاثـارة ، والسبب في ذلك أن الذين أقروا بجوهريسة هذا المثـير ، وفاعليتـه هم فقط (١٦,٦٦٪) من جملة العينـة الكليـة. ولـم تـأت قيمـة كـا٢ دالـة علـى الفروق بين تكـرارات عينتـي الإرتكاسـات المرتفعـة، والمنخفضة ، ولم يظهر أي فـرق فـي الترتيب لهذا المثير لـدى عينات البحث. كل فقط ما يمكن ملاحظته ان حجم تكرارات عينـة الإرتكاسات المرتفعة يفوق نسبياً حجم تكرارات عينة الإرتكاسـات المنخفضـة فيما يتعلق بهذا المثير ولعل ذلك منطقياً ، فالأفراد مـن ذوي الإرتكاسات المرتفعة يكونون في العادة علـى قدر عـال من الحساسـية ، والاسـتهداف الحسـي لأي مثـير يدفـع بهـم إلـى الإرتكـاس.. والمثـيرات الشـمية ليسـت بالهينـة علـى كـل حـال .. خاصة وأن ظهرت في وجود مثيرات اخرى.

١٧- أقراص دواء:

واحتل هذا المثير الترتيب السابع عشر لدى كل من عينتي الارتكاسات المرتفعة، والعينة الكلية ، بينما أحتل الترتيب الثامن

عشر لدى عينة الارتكاسات المنخفضة . وجاءت قيمة كا٢ دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح عدم الاثارة ، لأن الذين اشادوا بفاعلية المثير (١٥,٨٣٪) فقط من جملة العينة الكلية ، وهي نسبة ضئيلة ، أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الارتكاسات المرتفعة والمنخفضة فلقد جاءت دالة عند مستوى (٠,٠٠٥) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة . والسبب في ذلك يرجع إلى الآتي :

١- إن للعينة تاريخ سابق في تعاطي المهدئات قبل الأنخراط في الهيروين ، لذلك فهي ذات تجربة سابقة مع الحبوب ، والاقراص، و الكبسولات ..الخ.

٢- أن معظم مسحوق الهيروين الشائع استخدامه ليس من النوع النقي تماماً Full Pure وانما يخلط عليه كثيراً من الاقراص ، والحبوب من المهدئات ، والمنومات ، والمثبطات ، والمسكنات أما من قبل التاجر نفسه أو المروج نفسه ، والبائع نفسه الذي يقوم بعملية الخلط طلباً للربح ، واما من قبل المدمن نفسه امعاناً في طلب المزيد من المتعة ، والخدر، وإما أن يقوم المدمن نفسه بخلط الحبوب مع الهيروين لزيادة كمية البيع والربح لنفسه. لذلك فافراد العينة على دراية بذلك ، ويستطيعون تحديد نوع الاقراص من شكلها ، ولونها ، وحجمها ، بل ويطلقون عليها مسميات خاصة شائعة بينهم ، مثال السيكونال وهو أحد أنواع الباربيتورات Barbiturates يسمى البازوكة ، أو الفراولة ، والكابتاجون ، وهو من فئة المنشطات (الامفيتامينات)

Amphetamines يسمى (ابو ملف ، أو الأبيض أو صليبا) وهكذا كما يطلقون مسميات على أنواع المادة الواحدة فالحشيش عندهم له أنواع مختلفة يسمون كل نوع باسم مختلف مثل : أنت عمري ، ودّع أملك ، وهكذا.

٣- في حالات كثيرة اذا تعذر على المدمن أن يحصل على الهيروين فإنه يسعى جاهداً لتناول الحبوب والاقراص التي يمكن أن تؤدي مفعولاً مشابهاً على الأقل . ونظراً لأن أصحاب الإرتكاسات المرتفعة قد ألفوا ذلك واعتادوه لذلك فرؤية أي أقراص دواء تشبه أو تمت بصلة ما إلى أقراص خاصة أو مثيرة لدى المدمن فإن هذه الأقراص أي كان نوعها تثير في خاطر المدمن المتوقف هاجس الرغبة ، واشتياق الارتكاس على الفور.

١٨- أصوات :

أحتل مثير الأصوات الترتيب الثامن عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية على السواء ، وكان ترتيبه لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة هو التاسع عشر.

والأصوات من المثيرات السمعية ذات الفاعلية النسبية لدى بعض مدمني الهيروين وليس كلهم ، فالذين أقروا بوجود تأثير قوي لهذا المثير هم فقط حوالي (١٤,١٦٪) من جملة العينة الكلية لذلك جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات الاثارة/ عدم الاثارة دالة لصالح عدم الاثارة لأن نسبة الذين استجابوا للمثير نسبة ضئيلة . ولم تأت قيمة كا٢ دالة بين تكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة ، أي عدم وجود فرق جوهري

بين استجابة العينتين. وكل ما يمكن ملاحظته أن أولوية الترتيب لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة تسبق مثيلتها لدى المنخفضة ، وان حجم تكرارات الاستجابة لدى عينة الارتكاسات المرتفعة تفوق مثيلتها لدى المنخفضة .. ولعل هذا يتمشى منطقياً مع طبيعة مدمني الهيروين من ذوي الاستهداف للإرتكاس .. فسماع صوت صديق يحث على الاستخدام أو يتحدث عن العقار يمكن أن يؤثر ، وسماع صوت ناعم، أو حان ، أو مُغرٍ او حتى عذب يمكن أن يؤثر ، وسماع صوت انشودة ، أو أغنية لها معان خاصة أو ذكريات خاصة أو ترتبط باشياء خاصة يمكن أن يؤثر حتى سماع صوت المطر ، أو صوت الرعد ...الخ يمكن أيضاً أن يؤثر في نفسية المدمن المتوقف.

١٩- ألوان :

أحتل هذا المثير الترتيب التاسع عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية ، واحتل الترتيب السابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ولم يستجب لهذا المثير من العينة الكلية الاحوالي (١٢،٥٠٪) ولذلك جاءت قيمة كا٢ دالة لصالح عدم الاثارة عند مستوى (٠،٠٠١). ولم يظهر أي فرق جوهري بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة حيث أن قيمة كا٢ بينهما كانت غير دالة.

وبرغم أن المثيرات البصرية .. مثيرات قوية ، وفعالة ، ومؤثرة، إلا أن متغير أو مثير الألوان هو أضعفها حيث لا يتأثر به المدمنون كثيراً.

٢٠- مكعبات ثلج:

أحتل هذا المثير الترتيب الأخير ، أو العشرين لدى عينات البحث الثلاث ، ولم يستجب له إلا (١١,٦٦٪) فقط من جملة العينة الكلية لذلك جاءت قيمة كا٢ دالة لصالح عدم الاثارة .

ولم يظهر أي فرق جوهري بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة، والمنخفضة على هذا المثير حيث أن قيمة كا٢ كانت غير دالة .

والسبب الرئيسي في عدم أثارة هذا المثير لدى معظم أفراد العينة، هو أن العينة في جملتها من مدمني الهيروين ، وان مكعبات الثلج يمكن أن تمثل قدراً أكبر من الأغراء ، والإغواء ، والاشارة لدى مدمني الكحول خاصة صغار السن.

التحقق من صحة الفرض الثالث ، وتفسيره :

يتعلق الفرض الثالث لهذه الدراسة بوجود فروق جوهرية بين تكرارات استجابات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله وذلك لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ووجود فروق جوهرية بين تكرارات المخاطرة/ عدم المخاطرة لصالح المخاطرة لدى العينة الكلية .

ولكن يمكن التحقق من صحة الفرض الثالث وتفسيره علينا بعرض الآتي :

١- تكرارات المواقف والعوامل ونسبها المئوية لدى العينات الثلاث(غير مرتبة) .

٢- التمثيل البياني لذلك .

٣- تكرارات المواقف ، والعوامل ونسبها المئوية لدى لعينات الثلاث (بعد الترتيب) .

٤- التمثيل البياني لذلك .

٥- قم كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتى الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة .

٦- قم كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة لدى العينة الكلية .

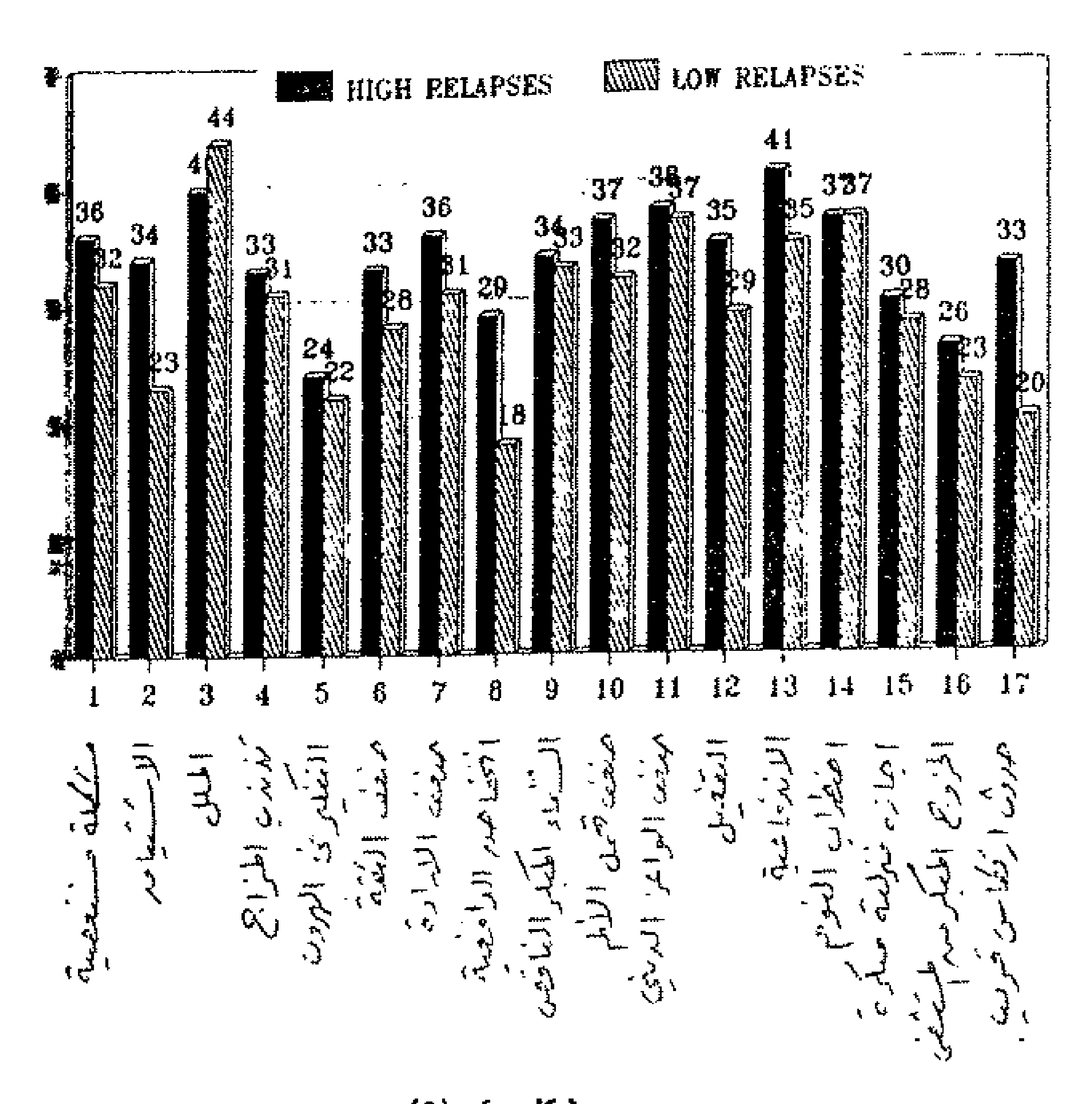
٧- جدول تلخيصي لأهم النتائج السابقة الخاصة بهذا الفرض.

وسوف تعرض الجداول التالية ما سلف ذكره.

جدول رقم (٣٤)

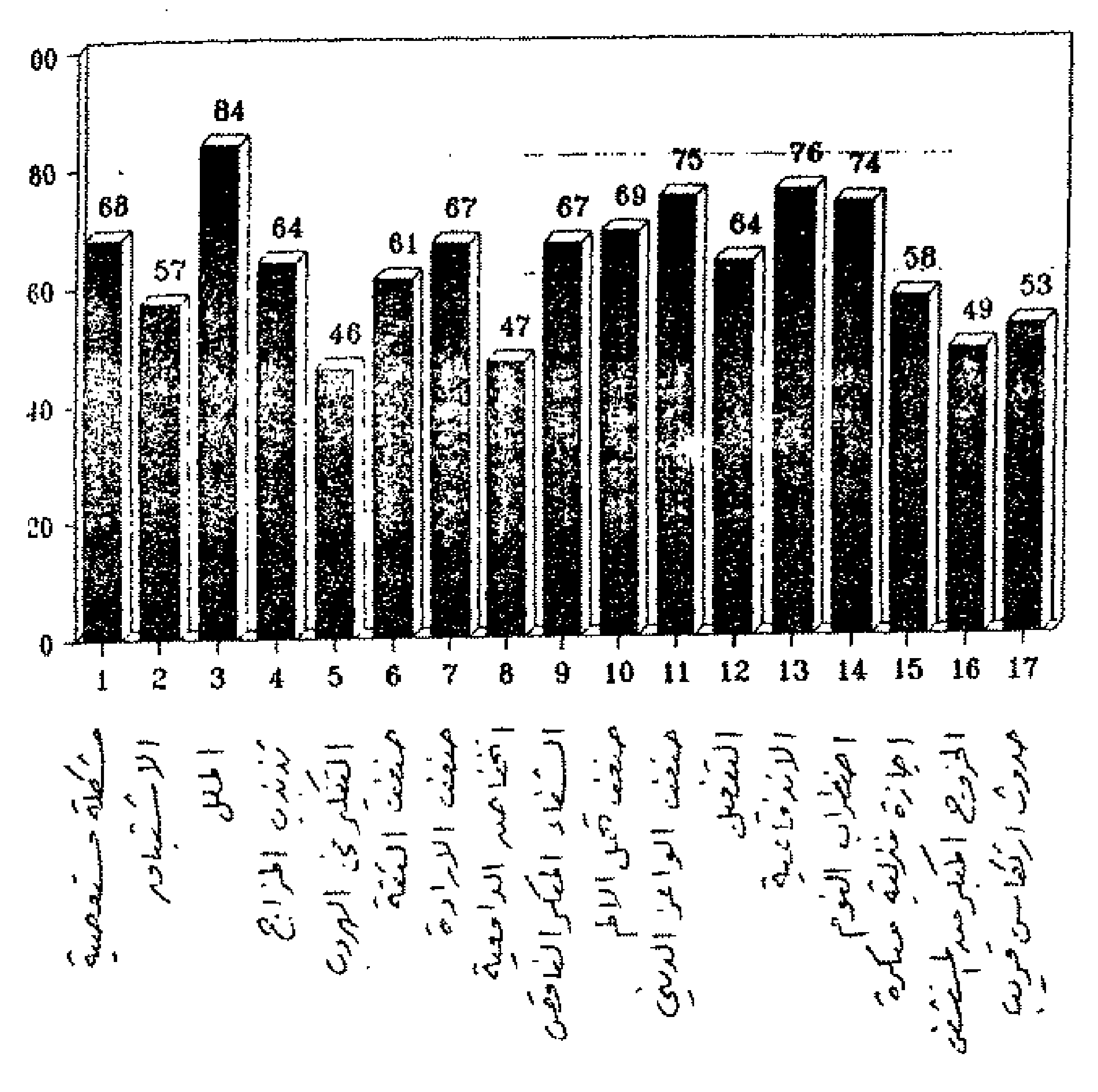
التكرارات ، والنسب المئوية لدى عينات الدراسة الثلاث على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله (قبل الترتيب)

تكرار العينات / العوامل	عينة الإرتكاسات المرتفعة(ن=٥٦)		عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن=٦٤)		العينة الكلية (ن= ١٢٠)	
	ك	٪	ك	٪	ك	٪
مشكلة مستعصية	٣٦	٦٤,٢٨	٣٢	٥٠,٠٠	٦٨	٥٦,٦٦
الاشتياق	٣٤	٦٠,٧١	٢٣	٣٥,٩٣	٥٧	٤٧,٥٠
الملل	٤٠	٧١,٤٢	٤٤	٦٨,٧٥	٨٤	٧٠,٠٠
تذبذب المزاج	٣٣	٥٨,٩٢	٣١	٤٨,٤٣	٦٤	٥٣,٣٣
التفكير بالهروب	٢٤	٤٢,٨٥	٢٢	٣٤,٣٧	٤٦	٣٨,٣٣
ضعف الثقة والكفاءة	٣٣	٥٨,٩٢	٢٨	٤٣,٧٥	٦١	٥٠,٨٣
ضعف الإرادة	٣٦	٦٤,٢٨	٣١	٤٨,٤٣	٦٧	٥٥,٨٣
انخفاض الدافعية	٢٩	٥١,٧٨	١٨	٢٨,١٢	٤٧	٣٩,١٦
الشفاء المبكر الناقص	٣٤	٦٠,٧١	٣٣	٥١,٥٦	٦٧	٥٥,٨٣
ضعف تحمل الألم	٣٧	٦٦,٠٧	٣٢	٥٠,٠٠	٦٩	٥٧,٥٠
ضعف الوازع الديني	٣٨	٦٧,٨٥	٣٧	٥٧,٨١	٧٥	٦٢,٥٠
التفسيل	٣٥	٦٢,٥٠	٢٩	٤٥,٣١	٦٤	٥٣,٣٣
الاندفاعية	٤١	٧٣,٢١	٣٥	٥٤,٦٨	٧٦	٦٣,٣٣
أضطراب النوم	٣٧	٦٦,٠٧	٣٧	٥٧,٨١	٧٤	٦١,٦٦
اجازة مبكرة	٣٠	٥٣,٥٧	٢٨	٤٣,٧٥	٥٨	٤٨,٣٣
الخروج المبكر من المستشفى	٢٦	٤٦,٤٢	٢٣	٣٥,٩٣	٤٩	٤٠,٨٣
حدوث إرتكاس قريب	٣٣	٥٨,٩٢	٢٠	٣١,٢٥	٥٣	٤٤,١٦



شكل رقم (٩)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لمقارنة تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة على قائمة مواقف الإرتكاس ، وعوامله (قبل الترتيب)



شكل رقم (١٠)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات العينة الكلية (ن=١٢٠)

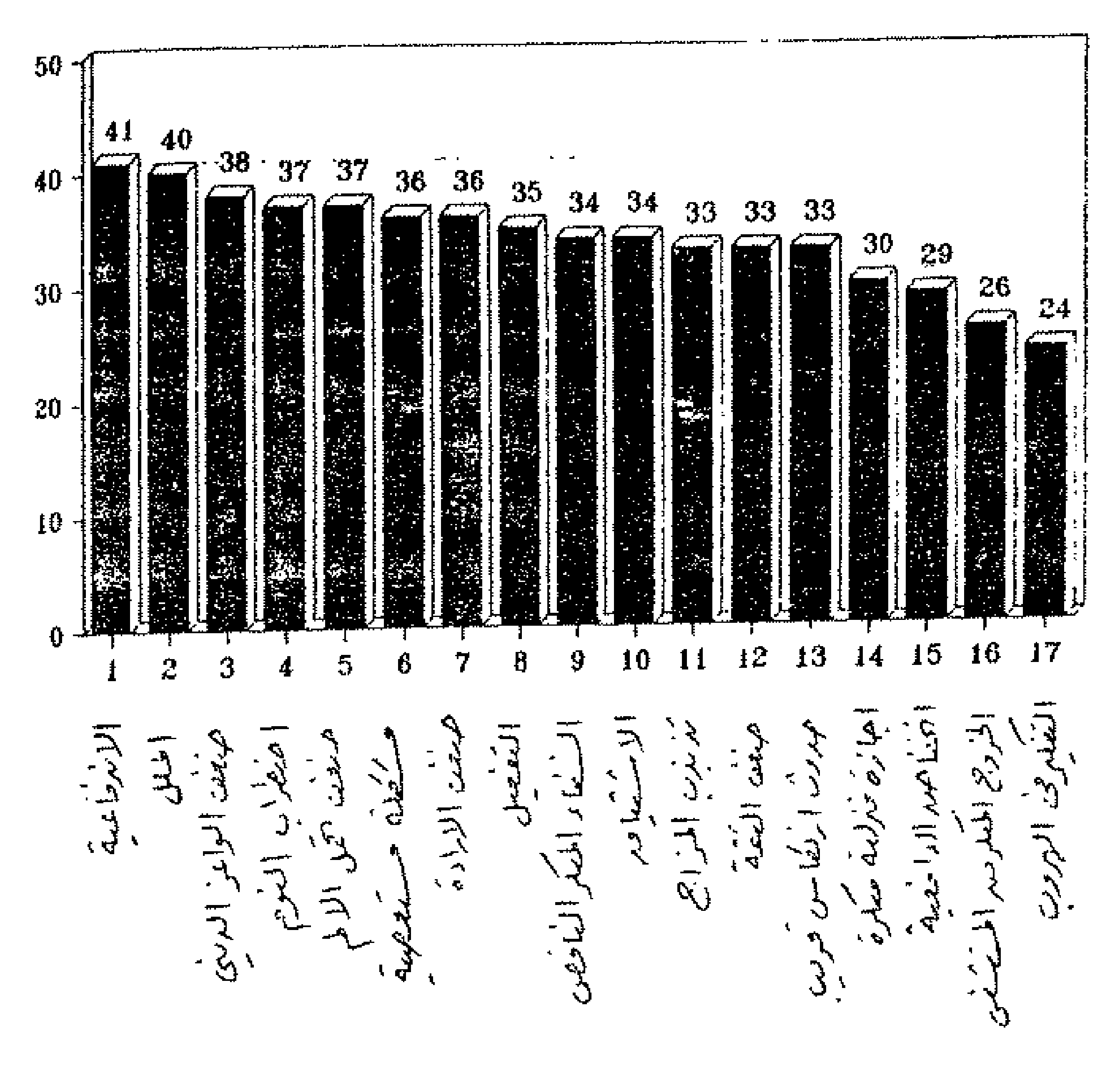
على قائمة العوامل مواقف الإرتكاس ، وعوامله

(قبل الترتيب)

جدول رقم (٣٥)

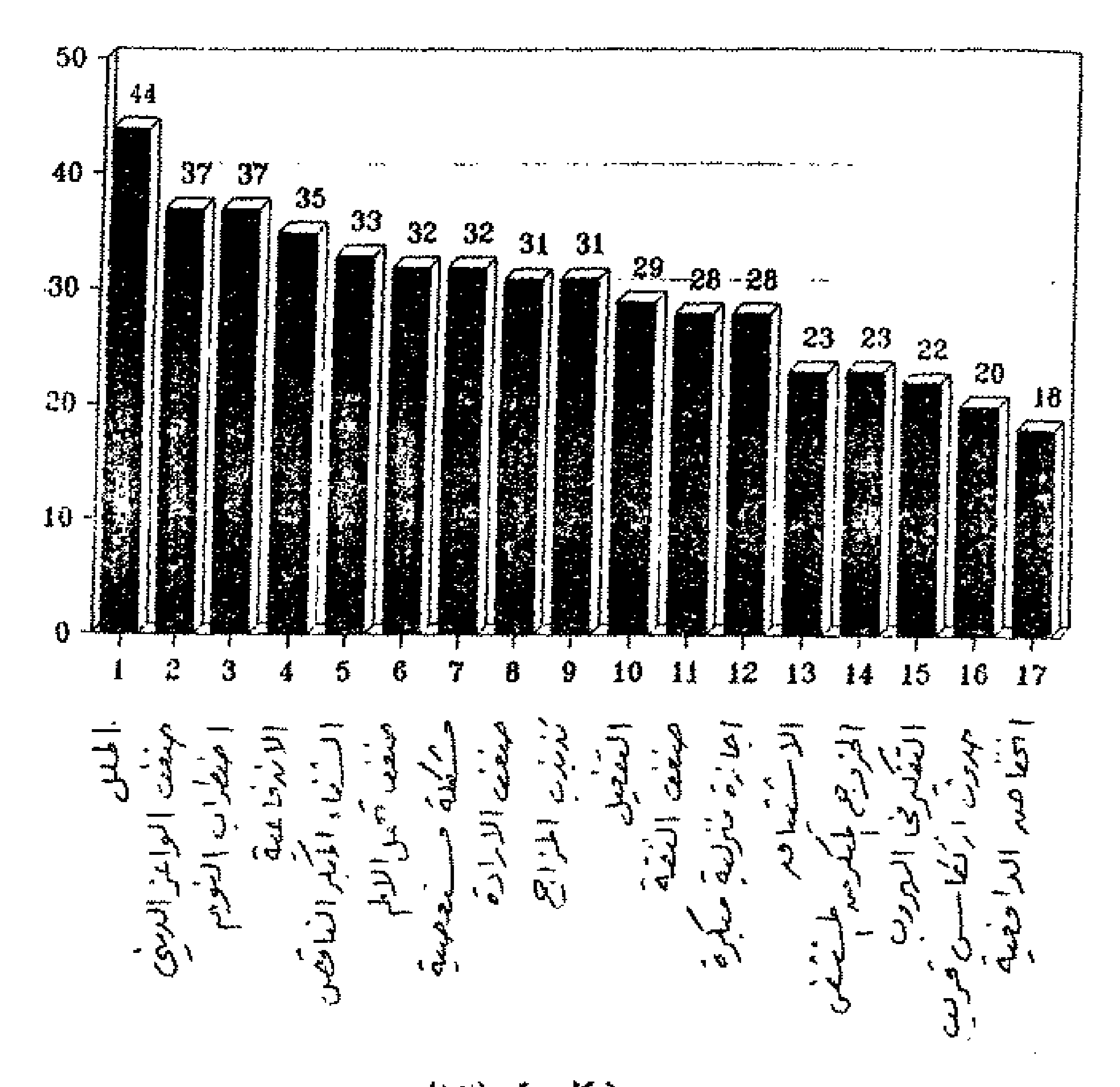
التكرارات ، والنسب المئوية والعوامل المؤية للإرتكاس لدى عينات الدراسة الثلاث على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله (بعد الترتيب)

عينة الإرتكاسات المرتفعة (ن = ٥٦)			عينة الإرتكاسات المنخفضة (ن = ٦٤)			العينة الكلية (ن = ١٢٠)		
ترتيب العامل	ك	٪	ترتيب العامل	ك	٪	ترتيب العامل	ك	٪
الاندفاعية	٤١	٧٣,٢١	الملل	٤٤	٦٨,٧٥	الملل	٨٤	٧٠,٠٠
الملل	٤٠	٧١,٤٢	ضعف الوازع الديني	٣٧	٥٧,٨١	الاندفاعية	٧٦	٦٣,٣٣
ضعف الوازع الديني	٣٨	٦٧,٨٥	اضطراب النوم	٣٧	٥٧,٨١	ضعف الوازع الديني	٧٥	٦٢,٥٠
اضطراب النوم	٣٧	٦٦,٠٧	الاندفاعية	٣٥	٥٤,٦٨	اضطراب النوم	٧٤	٦١,٦٦
ضعف تحمل الألم	٣٧	٦٦,٠٧	الشفاء المبكر الناقص	٣٣	٥١,٥٦	ضعف تحمل الألم	٦٩	٥٧,٥٠
مشكلة مستعصية	٣٦	٦٤,٢٨	ضعف تحمل الألم	٣٢	٥٠,٠٠	مشكلة مستعصية	٦٨	٥٦,٦٦
ضعف الإرادة	٣٦	٦٤,٢٨	مشكلة مستعصية	٣٢	٥٠,٠٠	ضعف الإرادة	٦٧	٥٥,٨٣
التحول	٣٥	٦٢,٥٠	ضعف الإرادة	٣١	٤٨,٤٣	الشفاء المبكر الناقص	٦٧	٥٥,٨٣
الشفاء المبكر الناقص	٣٤	٦٠,٧١	تقلب المزاج	٣١	٤٨,٤٣	التحول	٦٤	٥٣,٣٣
الاشتياق	٣٤	٦٠,٧١	التحول	٢٩	٤٥,٣١	تقلب المزاج	٦٤	٥٣,٣٣
تقلب المزاج	٣٣	٥٨,٩٢	ضعف الثقة	٢٨	٤٣,٧٥	ضعف الثقة	٦١	٥٠,٨٣
ضعف الثقة	٣٣	٥٨,٩٢	اجازة منزلية مبكرة	٢٨	٤٣,٧٥	اجازة منزلية مبكرة	٥٨	٤٨,٣٣
حدوث إرتكاس قريب	٣٣	٥٨,٩٢	الاشتياق	٢٣	٣٥,٩٣	الاشتياق	٥٧	٤٧,٥٠
اجازة منزلية مبكرة	٣٠	٥٣,٥٧	الخروج المبكر من المستشفى	٢٣	٣٥,٩٣	حدوث إرتكاس قريب	٥٣	٤٤,١٦
انخفاض الدافعية	٢٩	٥١,٧٨	التفكير بالهروب	٢٢	٣٥,٦٣	الخروج المبكر من المستشفى	٤٩	٤٠,٨٣
الخروج المبكر من المستشفى	٢٦	٤٦,٤٢	حدوث إرتكاس قريب	٢٠	٣٤,٣٧	انخفاض الدافعية	٤٧	٣٩,١٦
التفكير بالهروب	٢٤	٤٢,٨٥	انخفاض الدافعية	١٨	٢٨,١٢	التفكير بالهروب	٤٦	٣٨,٣٣



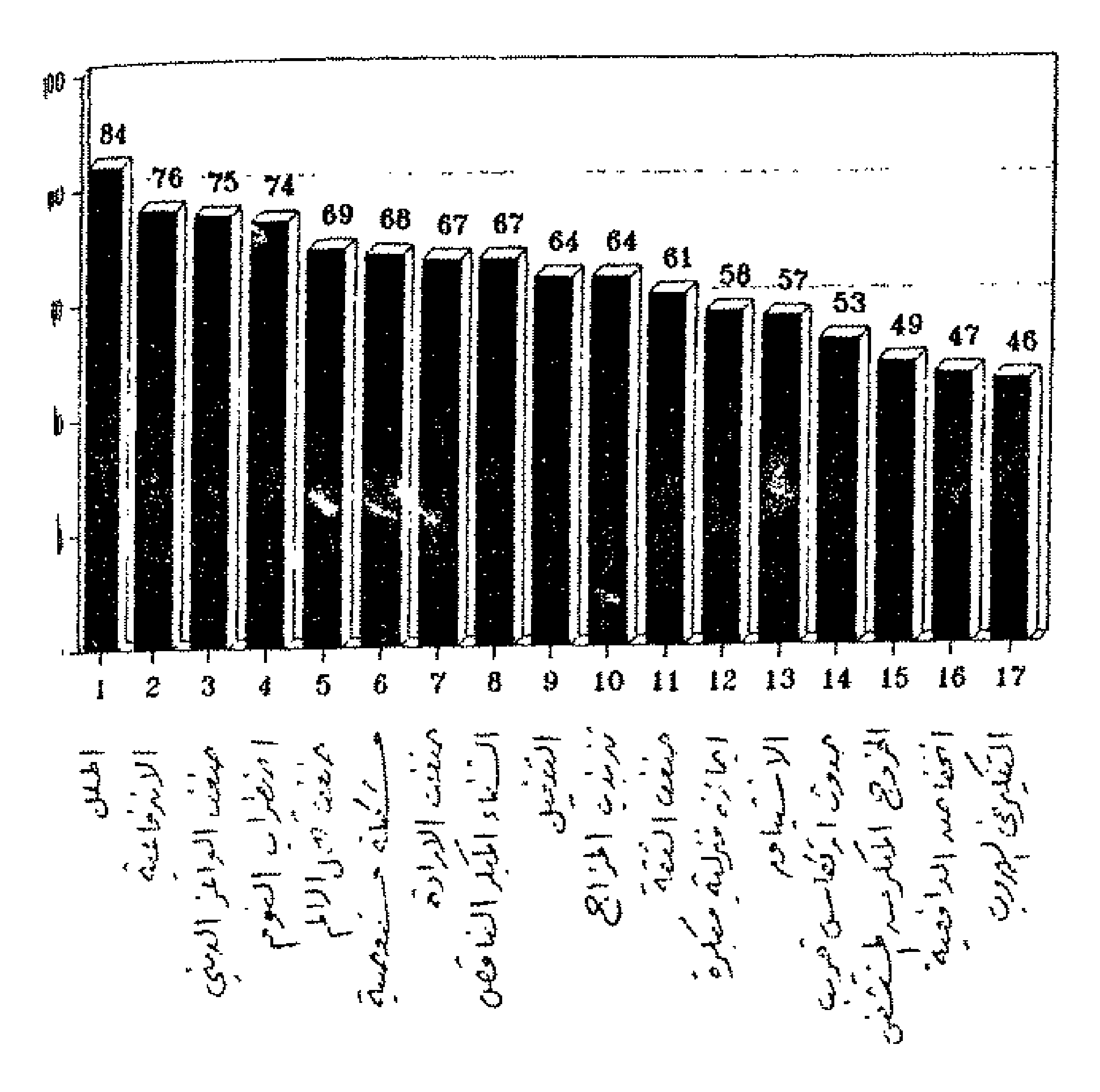
شكل رقم (١١)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله (بعد الترتيب)



شكل رقم (١٢)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات عينة الإرتكاسات المتخفضة على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله(بعد الترتيب)



شكل رقم (١٣)

التمثيل البياني (ثلاثي البعد) لتكرارات العينة الكلية على قائمة مواقف الارتكاس وعوامله (ن=١٢٠٠) (بعد الترتيب)

جدول رقم (٣٦)

كا٢ لحسن المطابقة ، ودلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة على قائمة مواقف الإرتكاس وعوامله

كا٢ دلالتها / عوامل الإرتكاس	تكرار عينة الإرتكاسات المرتفعة	تكرار عينة الإرتكاسات المنخفضة	درجة الحرية	كا٢	الدلالة
مشكلة مستعصية	٣٦	٣٢	١	٣,٤٨	—
الاشتياق	٣٤	٢٣	١	٧,٣٥	٠,٠١
الملل	٤٠	٤٤	١	٠,١٠	—
تذبذب المزاج	٣٣	٣١	١	١,٣٢	—
التفكير بالهروب	٢٤	٢٢	١	٠,٩١	—
ضعف الثقة والكفاءة	٣٣	٢٨	١	٢,٧٥	—
ضعف الإرادة	٣٦	٣١	١	٣,٠٤	—
انخفاض الدافعية	٢٩	١٨	١	٧,٠١	٠,٠١
الشفاء المبكر الناقص	٣٤	٣٣	١	٢,٠١	—
ضعف تحمل الالم	٣٧	٣٢	١	٣,١٥	—
ضعف الواعز الديني	٣٨	٣٧	١	١,٢٨	—
التفريل	٣٥	٢٩	١	٣,٥٤	—
الاندفاعية	٤١	٣٥	١	٤,٤١	٠,٠٥
اضطراب النوم	٣٧	٣٧	١	٠,٨٦	—
اجازة مبكرة	٣٠	٢٨	١	١,١٥	—
الخروج المبكر من المستشفى	٢٦	٢٣	١	١,٣٦	—
حدوث إرتكاس قريب	٣٣	٢٠	١	٩,٢٧	٠,٠١

جدول (٣٧)

كا٢ لحسن المطابقة ، ودلالة الفروق بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة لدى العينة الكلية على قائمة مواقف الإرتكاس و عوامله

(ن = ١٢٠)

كا٢ و دلالتها عوامل الإرتكاس	تكرارات المخاطرة	تكرارات عدم المخاطرة	درجات الحرية	كا٢	الدلالة	لصالح
مشكلة مستعصية	٦٨	٥٢	١	٢,١٣	–	–
الاشتياق	٥٧	٦٣	١	٠,٣٠	–	–
الملل	٨٤	٣٦	١	١٩,٢٠	٠,٠٠١	المخاطرة
تذبذب المزاج	٦٤	٥٦	١	٠,٥٣	–	–
التفكير بالهروب	٤٦	٧٤	١	٦,٥٠	٠,٠٥	عدم المخاطرة
ضعف الثقة والكفاءة	٦١	٥٩	١	٠,٠٣	–	–
ضعف الإرادة	٦٧	٥٣	١	١,٦٣	–	–
انخفاض الدافعية	٤٧	٧٣	١	٥,٦٣	٠,٠٥	عدم المخاطرة
الشفاء المبكر الناقص	٦٧	٥٣	١	١,٦٣	–	–
ضعف تحمل الألم	٦٩	٥١	١	٢,٧٠	–	–
ضعف الوازع الديني	٧٥	٤٥	١	٧,٥٠	٠,٠١	المخاطرة
التفعيل	٦٤	٥٦	١	٠,٥٣	–	–
الاندفاعية	٧٦	٤٤	١	٨,٥٣	٠,٠١	المخاطرة
اضطراب النوم	٧٤	٤٦	١	٦,٥٣	٠,٠٥	المخاطرة
اجازة مبكرة	٥٨	٦٢	١	٠,١٣	–	–
الخروج المبكر من المستشفى	٤٩	٧١	١	٤,٠٣	٠,٠٥	عدم المخاطرة
حدوث إرتكاس قريب	٥٣	٦٧	١	١,٦٣	–	–

جدول (٣٨)

تلخيص النتائج المتعلقة بمواقف الإرتكاس وعوامله

المثيرات	ترتيب المثيرات			كا٢	
	عينة الارتكاسات المرتفعة	عينة الارتكاسات المنخفضة	العينة الكلية	بعد عينتي الإرتكاسات المنخفضة والمرتفعة	بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة للعينة الكلية
الاندفاعية	١	٤	٢	٠,٠٠٥	٠,٠٠١المخاطرة
الملل	٢	١	١	غير دالة	٠,٠٠١ المخاطرة
ضعف الوازع الديني	٣	٢	٣	غير دالة	٠,٠٠١/ المخاطرة
اضطراب النوم	٤	٣	٤	غير دالة	٠,٠٠٥/المخاطرة
ضعف تحمل الألم	٥	٦	٥	غير دالة	غير دالة
مشكلة مستعصية	٦	٧	٦	غير دالة	غير دالة
ضعف الارادة	٧	٨	٧	غير دالة	غير دالة
التفعيل	٨	١٠	٩	غير دالة	غير دالة
الشفاء المبكر الناقص	٩	٥	٨	غير دالة	غير دالة
الاشتياق	١٠	١٣	١٣	٠,٠١	غير دالة
تذبذب المزاج (المزاج السلبي)	١١	٩	١٠	غير دالة	غير دالة
ضعف الثقة ونقص الكفاءة	١٢	١١	١١	غير دالة	غير دالة
حدوث إرتكاس قريب	١٣	١٦	١٤	غير دالة	غير دالة
اجازة مبكرة	١٤	١٢	١٢	غير دالة	غير دالة
انخفاض الدافعية	١٥	١٧	١٦	٠,٠١	٠,٠٠٥/عدم المخاطرة
الخروج مبكر من المستشفى	١٦	١٤	١٥	غير دالة	٠,٠٠٥/عدم المخاطرة
التفكير في الهروب	١٧	١٥	١٧	غير دالة	٠,٠٠٥/عدم المخاطرة

جدول رقم (٣٩)

تخليص النتائج المتعلقة بمواقف الإرتكاس ، وعوامله

مواقف الارتكاس وعوامله / دلالة كا٢	ترتيب المثيرات			دلالة كا٢	
	ارتكاسات مرتفعة	ارتكاسات منخفضة	عينة كلية	بين ذوي الارتكاسات المرتفعة والمنخفضة	بين تكرارات المخاطرة / وعدم المخاطرة للعينة الكلية
الاجتماعية	١	٤	٢	٠,٠٥	٠,٠١/مخاطرة
الملل	٢	١	١	غير دالة	٠,٠٠١/مخاطرة
ضعف الوازع الديني	٣	٢	٣	غير دالة	٠,٠١/مخاطرة
اضطراب النوم	٤	٣	٤	غير دالة	٠,٠٥/مخاطرة
ضعف تحمل الألم	٥	٦	٥	غير دالة	غير دالة
مشكلة مستعصية	٦	٧	٦	غير دالة	غير دالة
ضعف الارادة	٧	٨	٧	غير دالة	غير دالة
التحويل	٨	١٠	٩	غير دالة	غير دالة
الشفاء المبكر الناقص	٩	٥	٨	غير دالة	غير دالة
الاشتياق	١٠	١٣	١٣	٠,٠١	غير دالة
تذبذب المزاج (المزاج السلبي)	١١	٩	١٠	غير دالة	غير دالة
ضعف الثقة ونقص الكفاءة	١٢	١١	١١	غير دالة	غير دالة
حدوث ارتكاس قريب	١٣	١٦	١٤	٠,٠١	غير دالة
اجازة مبكرة	١٤	١٢	١٢	غير دالة	غير دالة
انخفاض الدافعية	١٥	١٧	١٦	٠,٠١	٠,٠٥/عدم مخاطرة
الخروج المبكر من المستشفى	١٦	١٤	١٥	غير دالة	٠,٠٥/عدم مخاطرة
التفكير في الهروب	١٧	١٥	١٧	غير دالة	٠,٠٥/عدم مخاطرة

وعلى ذلك يتضح لنا من الجداول السابقة أن الفرض الثالث لهذه الدراسة قد تحقق ، ولكن بشكل جزئي ، فلم تكن كل قيم كا٢ جوهرية بين عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، ولم تكن قيم كا٢ جوهرية في جملتها بين تكرارت المخاطرة / عدم المخاطرة لدى العينة كلية ، ولم تكن الفروق في جملتها لصالح المخاطرة .. حيث أن جملة قيم كا٢ المحسوبة لهذا الفرض هي (٣٤) قيمة .. تحقق منها ما يتمشى مع الفرض (٨) قيم فقط أي انه يمكن القول بأن هذا الفرض قد تحقق بنسبة (٢٣,٥٢٪) فقط.. وسوف نناقش الآن كل متغير (موقف أو عامل) من قائمة مواقف الإرتكاس ، وعوامله على حده بالتحليل ، والتفسير.

١ – الاندفاعية:

احتلت الاندفاعية الترتيب الأول لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة، واحتلت الترتيب الثاني لدى العينة الكلية ، في حين فقط احتلت الترتيب الرابع لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة .

ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة دالة عند مستوى (٠,٠٥) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، وهذا يعني أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة أكثر تعرضاً للإرتكاس بسبب الاندفاعية عمن سواهم.

ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات المخاطرة/عدم المخاطرة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح المخاطرة.. وهذا يعني أن الاندفاعية ذات خطورة عالية لاحداث

الارتكاس. ولعل هذه النتيجة في جملتها تعد متسقة مع فرض الدارسة ، ومتسقة مع المنطق ، والواقع أيضاً فشكوى المدمنين ذوي الإرتكاسات المرتفعة دائماً تتمحور حول الاندفاعية ، وعدم القدرة على ضبط النفس ، والتحكم بها، والسيطرة عليها.

والاندفاعية هي كون الفعل سابق على الفكرة ، فعندما يستبق السلوك التفكير يسمى اندفاعاً أي سلوكاً دون تفكير ، ودون روية، ودون تأن ، ودون تدبر ، ودون مخاض ذهني .

والإندفاعية يمكن أن تظهر في الفكر ، والإحساس ،والسلوك ، ويمكن أن تكون ما يلي :

أ ـ حالة من حالات المزاج السلبي.

ب ـ سمة أصلية في الشخصية قبل التعاطي.

جـ ـ سمة مكتسبة من جراء التعاطي .

د ـ سلوك مؤقت .

هـ ـ عرض باثولوجي.

ويصف المدمنون الاندفاعية بحالة تشبه التنويم المغناطيسي ، أو مثل السائق الذي يقود سيارة دون كوابح ، وحالة من فقدان السيطرة على الذات ، أو كأن الذات في حالة برمجة الكترونية قوية خفية تسيرها إلى حيث العقار دون مقاومة من الذات ، وكأنها في حالة خدر قبل التعاطي ، ولاتحدث الافاقة من هذه الحال إلا بعد الإرتكاس. لذلك كان المدمنون ذو الإرتكاسات المرتفعة أكثر استهدافاً للإندفاعية وأكثر حساسية لها، وأكثر أقراراً بخطورتها العالية في أحداث الإرتكاس ، ولذلك هم

ايضاً أكثر معاناة منها ، وأكثر تشكياً منها، ولهذا هم أكثر تسجيلاً لمعدلات الإرتكاس من عينة الإرتكاسات المنخفضة التي تنخفض لديهم معاناة الاندفاعية، لذلك وجب توجيه العلاج إلى هذا المتغير الذي يلعب دور الفيروس اللعين في مرض الإدمان .. لأن كثيراً من المدمنيين يقررون باستمرار أنهم برغم تلقيهم لقسط غير قليل من العلاج ، إلا أنه بسبب الاندفاعية ينسون كل ما تعلموه ، وينسون كل النصائح ، والمحاذير ويقعون في شرك الاندفاعية الذي يؤدي بهم حتماً للإرتكاس ثم يكون الندم حليفهم ، وأهمية هذه النتيجة هي ضرورة أعتبار متغير الاندفاعية في البرنامج العلاجي للمدمنيين.

٢- الملل :

أحتل الملل الترتيب الثاني لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة بينما إحتل الترتيب الأول لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والعينة الكلية على السواء .

وبرغم أن قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة لم تكن دالة ، إلا أن النسبة المئوية لتكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة تفوق قليلاً مثيلتها لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة .

ولقد جاءت قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح المخاطرة والسبب ان حوالي (٧٠,٠٠٪) من اجمالي العينة الكلية قد أقروا بأن الملل ذو خطورة عالية في أحداث الأرتكاس .

ويمكن تقسيم الاستهداف للملل إلى

أستهدف خاص بارتفاع حجم الاستجابات	استهداف خاص باولوية الترتيب
لعينة الإرتكاسات المرتفعة التي سجلت حجم أكبر في تكرارات الاستجابة للملل ومدى خطورته في أحداث الإرتكاس.	لعينة الإرتكاسات المنخفضة التي سجلت الملل باعتباره المتغير الأول في أحداث الإرتكاس.

وهذا يعني أن الملل يشكل خطورة عالية لأي مدمن متوقف ، والمعاناة من الملل لفترات طويلة تؤدي حتماً للإرتكاس، ومعاودة التعاطي.. ولذلك جاءت هذه النتيجة متسقة مع الواقع.

وعينة الإرتكاسات المرتفعة أكثر حساسية نسبياً من حيث زيادة عدد افرادها الذين أقروا بخطورة الملل.. والملل ينشأ لديهم نتيجة الفراغ ، والشعور بالخواء ، والروتين اليومي ، وعدم التجديد ، وعدم وضوح الهدف ، والرتابة ، والاستمرارية المتكررة في الأحداث ، والوقائع، وخلو حياتهم من أي شئ يثير أهتمامهم ، ونقص مهارات التأقلم لديهم ، وأحياناً نقص الامكانات المساعدة للتغيير ، والتحديث .. فضلاً عن وجود ميكانيزم وحيد لديهم للقضاء على الملل هو تعاطي العقار. وكذلك الحال تماماً لذوي الإرتكاسات المنخفضة فهم أكثر شعوراً بالملل من ذوي الإرتكاسات المرتفعة ..لأن ذوي الإرتكاسات المرتفعة لا يصبرون على الملل ، بل يتغلبون عليه سريعاً بالتعاطي

أما ذوي الإرتكاسات المنخفضــة فلديهم قدراً أكبر من الصــبر ، والتحمل لمقاومة الإرتكاس ولكن مع وجود معاناة شديدة من الملل فهو أول ما يمكن أن يدفعهم للإرتكاس ، وهو المتغير الأول الذي يخشونة فهو شبح قابع في الظلام يتوعدهم بالإرتكاس .

لذلك ايضــاً وجب الأخذ فـي الاعتبار بمشكلة الملل فـي علاج الادمان فهو يهدد كل الفئات ، وكل الأطراف من مرتفعـي الإرتكاس أو حتي من منخفضيه .. دون تفرقة أو تميز .. وذلك لا يتأتى إلا بالتوعية ، وزيادة نشاطات المرضـى ، وخلق هوايـات جديدة لهم ، وتطوير هواياتهم القديمة ، وشغل أوقات فراغهم بمـا هو مفيد ، ومثير ، وبنّاء .. فضلاً عن دراسة اسباب الملـل التـي قد تختلف من شخص لآخر ، أو من فئة لأخرى.

٣- ضعف الواعز الديني :

أحتل هذا المتغير الترتيب الثـالث لـدى عينـة الإرتكاسـات المرتفعـة ، والعينـة الكليـة ، بينمـا كـان ترتيبـه الثـاني لـدى عينـة الإرتكاسات المنخفضة ، ولم تسفر قيمـة كـا٢ عن أي دلالـة بيـن عينتـي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضـة ، والسـبب هـو تقـارب تكرارات كـل منهمـا إلـى حـد بعيـد ، امـا قيمـة كـا٢ الخاصـة بالمخـاطرة / عـدم المخـاطرة فلقـد اتـت دالـة عنـد مسـتوى (٠,٠١)لصـالح المخـاطرة لأن حوالـي (٦٢,٥٠٪) مـن أجمـالي العينة الكلية قـد أقروا بخطـورة هـذا المتغير. وتعد هـذه النتيجـة متسقة مع الفرض ، ومتسقة مع الواقع لأن ضعف الواعز الدينـي

يعد معوقاً للعلاج ، والتشافي ليس من الإدمان فقط ، بل أنه يرتبط بكل شئ في حياتنا اليومية أسوياء كنا أم مرضى.

ضعف الواعز الديني

قبل التعاطي	بعد التعاطي
حيث يكون ضعفاً مزمناً ، ثابتاً نسبياً ، يرتبط بانحدار الاخلاقيات وإنحطاط النسق القيمي ، وقد يرجع إلى الطفولة ، ويتواتر ظهوره لدى الشخصيات السيكوباتية ، وضد الاجتماعية .. ويزداد بالتعاطي	حيث يكون ضعفاً مؤقتاً ، متأرجحاً من جراء التعاطي حيث يقل الشعور بالذنب ، ويضعف الضمير ، وتباح المحرمات ، وتسود الشهوات ، وتضعف الصلة بالله ، والكتائب لأن الهيروين من العقاقير المسيطرة على الذهن والخاطر والفؤاد .

ولذلك بات من الضروري الاهتمام بالبرامج الدينية ، والروحانية التي تحقق الصحوة الاخلاقية للمدمنين ، وتمنحهم الافاقة من الخدر الأخلاقي ، ومقاومة الإغراءات ، و الإغواءات، وتقوية الذات ، والضمير والثقة في الله وفي النفس.

٤- اضطراب النوم:

واحتل الترتيب الرابع لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية ، والترتيب الثالث لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة. ولم تكن هناك فروق جوهرية بين ذوي الإرتكاسات

المرتفعة ، والمنخفضة ، فلقد تساوت حجم التكرارات لدى كل منهما. أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات المخاطرة / عدم المخاطرة ، فلقد أتت دالة عند مستوى (٠,٠٥) لصالح المخاطرة. والسبب هو أن حوالي (٦١,٦٦٪) من اجمالي العينة الكلية قد أقروا بخطورة هذا المتغير لأحداث الإرتكاس . وخطورة اضطراب النوم في أحداث الإرتكاس أمر غني عن التفسير أو الشرح، فاضطراب النوم لدى الأسوياء ، والأصحاء قد يدفع بهم إلى التوتر ، والانزعاج ، واضطراب حياتهم عامة ، وفي بعض الأحيان يكون سبب الدخول في براثن الإدمان هو اضطراب النوم.. فما بال الحال لدى المدمنين.

واضطراب النوم يأخذ اشكالاً عديدة منها :

١- الأرق .

٢- النوم المتقطع .

٣- الكوابيس والأحلام المزعجة .

٤- قلة ساعات النوم.

٥- زيادة ساعات النوم (الإفراط في النوم) وغير ذلك.

ونتيجة أن ذوي الإرتكاسات المنخفضة أكثر حساسية نسبياً لمتغير اضطراب النوم نتيجة أيضاً تتسق مع المنطق والواقع ، والسبب أن هذه العينة تقاوم الإرتكاس بكل ما تستطيع من قوة وجهد ، وفي الوقت نفسه لديها صراعاتها ، وازماتها ، ومشكلاتها اليومية ، والحياتية ، والماضية ، والحاضرة ،

والمستقبلية ، فكل هذا من شأنه أن يقلل مستوى الاسترخاء لديهم، ويزيد من التوتر ، والاستثارة ، والقلق ، وبالتالي اضطراب النوم اما عينة الإرتكاسات المرتفعة فالأمر يختلف لديها نسبياً .. فإن زاد التوتر او زادت المشكلات ، واضطرب النوم لديهم ، ما كان عليهم سوى التعاطي من جديد خاصة أن الهيروين يعد من المهبطات التي تسبب النوم والاسترخاء والسطلة. لذلك اصبح الإرتكاس لديهم عبارة عن ميكانيزم دفاعي ذاتي للدفاع به عن انفسهم ضد أي تهديد داخلي أو خارجي ، أو اصبح لديهم الإرتكاس باعتباره وسيلة تأقلم لمواجهة الواقع .. فهم لا يستطيعون مواجهة الواقع إلا بالعقار لأن العقار أصبح جزءاً من شخصيتهم ، واصبح وحدة من بنائهم النفسي ، والوجداني والخلوي.

وهذا هو السؤال الذي يطرحة المدمن أحياناً قبل الإدمان ودائماً بعد الإدمان .. ماذا أفعل حيال مشكلتي في النوم ؟ وعلى المعالج ان يكون حذراً لأن مجرد اعطاء المريض منومات يمكن أن يعتاد عليها فيما بعد ، أو يمكن أن تفتح شهيته للتعاطي من جديد لأنها تعوق قدرته على النوم الطبيعي ، والأجدر هو مساعدة المريض على محاولة النوم ، والتدريب على الإسترخاء الذاتي ، واتباع العادات الصحية ، والصحيحة الخاصة بذلك و إتباع النصائح المتعلقة بالتغلب على الأرق مثل:

– عدم النوم أثناء ساعات النهار.

- عدم شرب أي مـواد تحتوى على كـافين مثـل الشـاي والقهـوة والمرطبات، والشيكولاته..الخ.

- ممارسة أي نوع من الرياضة أثناء النهار.

- أخذ حمام ساخن قبل النوم.

- تهيئة جو الغرفة ، وشكلها ، وترتيب الفراش ليبدو مريحاً عند النوم.

- عدم النوم مباشرة بعد العشاء ، ويفضل المشي بعد العشاء.

- وليكن العشاء وجبة خفيفة وليست دسمة .

- الابتعـاد عن الدخول في أي مناقشـات حـادة أو مرحـة جـداً فتحدث الافاقة بدلاً من النوم.

- عدم تنـاول اطعمـة حريفة ، أو فسفورية ، بل ينصـح بتنـاول وجبة خفيفة مع كوب لبن ساخن ، مـع بعض من الخس.. لأن الخس يوجد به مادة مهدئة تُساعد على الإسترخاء ، وتريح المعدة والأمعاء .

- قراءة القرآن قبل النوم ، وذلك لسببين هما : أن القرآن في حـد ذاته شفاء وراحة واطمئنان للقلب ويساعد على السكينة ، والقراءة في حد ذاتها تساعد على اجهاد العين وهذا يساعد على النوم .

- استجلاب النوم ، وهو العزم على النوم ، واخذ الوضع المريح في النـوم ، مع أضـاءة مناسـبة سـواء أكـانت خافتـة ، أم مظلمـة حسب التعود .

- عدم التفكير في أي مشكلة مستعصية ، أو في أزمة ، أو فيما يقلق بل يجب بعد قراءة القرآن أن تترك كل شيء ، ويفضل قراءة الأدعية الخاصة بالنوم ، وتتوكل على الله.

ويجب أن يحتوى البرنامج العلاجي لمرضى الإدمان على برنامج تدريبي خاص بالتغلب على اضطراب النوم ومشكلاته.

٥- ضعف تحمل الألم:

واحتل الترتيب الخامس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية على السواء ، أما ترتيبه لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة فقد كان السادس .

ولم تأت أي من قيمتي كا٢ بأي دلالة ، فلا يوجد فرق جوهري بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة . ولا يوجد فرق جوهري بين المخاطرة/عدم المخاطرة. ولكن برغم عدم الدلالة التي مُنيت بها كا٢ لهذا المتغير فإنه من الملاحظ أن نسبة تكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة تفوق نسبياً مثيلتها لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، وكذلك الحال فإن نسبة تكرارات المخاطرة تفوق مثيلتها لدى عدم المخاطرة .

وهذا يعني أن هذا المتغير يميل نسبياً إلى المخاطرة ، وأن ذوي الإرتكاسات المرتفعة أكثر استهدافاً له نسبياً . وهي نتيجة منطقية.. لأن ضعف تحمل الألم لديهم هو سبب أو أحد أسباب إرتكاسهم المستمر . فهم لا يطيقون الألم ، ولا يتحملونه ، ولا يصبرون عليه ، ولا يقاومونه ، أياً كان نوع الألم نفسي ، أم جثماني ..فحياتهم هي الهروب من الألم ، والتخلص منه بالعقار ،

قادر على ذلك .

لذلك فإن أي موقف أو أي حادثة ، أو أي عـامل أو شـيء يتسبب فـي حدوث ألم لديهم يكون هذا بمثابـة تهديـداً لهـم لا يتحملونـه لأن قدرتهم علـى تحمل الألـم ضعيفـة ، ورغبتهم فـي الهروب كبيرة .. وقد تستمر قدرتهم في ضعفها أن لم تلق العـلاج المناسب في الوقت المناسب.

٦- مشكلة مستعصية :

وأحتلت الترتيب السادس لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ولدى العينة الكلية على السواء ، وكان ترتيبها السـابع لدى عينـة الإرتكاسات المنخفضة. ولم تأت أي من قيمتي كـا٢ بـأي دلالـة ، فـلا يوجـد فـرق جوهـري بيـن ذوي الإرتكاسات المرتفعـة ، والمنخفضة ، ولا يوجد فرق جوهري بين تكـرارات المخـاطرة / عدم الخاطرة أيضاً لدى العينة الكلية . إلا أنه من الملاحـظ زيادة النسبة المئوية لتكرارات عينة الإرتكاسات المرتفعة نسـبياً مقارنـة بعينـة الإرتكاسـات المنخفضـة . كذلك الحـال بالنسبة إلـى حجـم تكـرارات المخـاطرة فهـو يفـوق نسـبياً حجـم تكـرارات عـدم المخاطرة. وهذا يعني أنه برغم عدم الدلالة فإن عينة الإرتكاسـات المرتفعة أكثر استهدافاً لهذا المتغير ، وهو يميل إلـى أن يكـون أكثر خطـورة ومخـاطرة للإرتكـاس . وهـي نتيجـة منطقيـة.. فانخراط ذوي الإرتكاسـات المرتفعـة فـي التعـاطي ، والإرتكـاس المستمر يخلق لديهم مشكلات ، وتستفحل المشكلات إلى أن تصبح

أحياناً مستعصية على الحل ، وزيادة حجم هذه المشكلات يدفعهم أكثر وأكثر للإرتكاس من جديد. لذلك فهم أكثر حساسية للتعرض لأي مشكلة مستعصية حالية أو قديمة ، فهم يشعرون بالعجز تجاهها ، وعدم القدرة على التصرف ، وضعف القدرة على المواجهة ، والفشل في أيجاد الحل لها .. فيحاولون حلها بطريقتهم الخاصة وهي اللجوء إلى العقار مرة ثانية لنسيان المشكلة ، والهروب منها ، وتجاهلها . وهكذا تتسع الدائرة لتستوعب مزيداً من المشكلات ، وتضيق الدائرة في الوقت نفسه حول عنق المدمن من كثرة المشكلات ، وتراكمها ، وتضاعفها ، ويتضاءل هو أمامها ويسير الحال من سئ إلى أسوأ.

٧- ضعف الإرادة :

واحتل الترتيب السابع لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة، والعينة الكلية على السواء ، بينما كان ترتيبه الثامن لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة . ولم تأت أي من قيمتي كا٢ بأي دلالة سواء بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، أو بين المخاطرة/عدم الخاطرة لدى العينة الكلية .

ولكن برغم عدم الدلالة فإنه من الملاحظ زيادة تكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، وزيادة تكرارات الميل في اتجاه المخاطرة .. وهي نتيجة منطقية وواقعية لأن ذوي الإرتكاسات المرتفعة عادة ما تكثر شكواهم من ضعف الارادة ، وضعف العزيمة ، وخوار القوة تجاه العقار ، وهم أكثر معاناة في ذلك من ذوي الإرتكاسات المنخفضة. وضعف الإرادة موقفاً كان أم عاملاً

فهو متغير يحمل في طياته خطورة عالية وشديدة للإتجاه نحو الإرتكاس . لذلك فكل برامج العلاج لا بد أن تحتوي على عناصر علاجية لتقوية الإرادة ، وتقوية العزيمة .

٨- التفعيل :

احتل التفعيل الترتيب الثامن لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والترتيب التاسع لدى العينة الكلية ، والترتيب العاشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة . ولم تأت أي من قيمتي كا٢ بأي دلالة سواء بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة أو المنخفضة ، وكذلك بين المخاطرة / عدم المخاطرة لدى العينة الكلية.

ولكن أيضاً برغم عدم الدلالة فإنه من الملاحظ زيادة تكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، وزيادة الاتجاه نحو المخاطرة . وهذه النتيجة تبدو منطقية ايضاً فإن أكثر المواقف الحرجة التي يتعرض لها أصحاب الإرتكاسات المرتفعة هي المواقف التي تثير في نفوسهم الغضب ، والعدوان ، والشجار ويلجأون فيها إلى اخراج الطاقة الانفعالية المكبوتة أو غير المكبوتة ، والصياح ، والتشابك والتناحر ، وينتج عن ذلك الرغبة في تهدئة النفس بعد ذلك بتناول العقار.

٩- الشفاء المبكر الناقص :

واحتل الترتيب التاسع لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والثامن لدى العينة الكلية ، أما الدى عينة الإرتكاسات المنخفضة فكان ترتيبه الخامس .ولم تأت أي من قيمتي كا٢ بأي دلالة بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، أو بين المخاطرة/ عدم

المخاطرة لدى العينة الكلية . والتشافي السريع هو أمنية كل مدمن، بل وكل أسرة مدمن ايضاً، والشعور بالشفاء المبكر عادة ما يكون ناقصاً أو تشافي غير مكتمل ، والشفاء ليس مجرد الإنقطاع عن العقار ، أو الابتعاد عنه لفترة ، بل هو عملية مركبة متطورة ، ومتكاملة ، ومتعددة الأبعاد ، والاتجاهات.

ومن الواضح - برغم عدم الدلالة - أن ذوي الإرتكاسات المنخفضة أكثر استهدافاً لهذا الشعور وهي نتيجة منطقية لأنهم يجاهدون أنفسهم من أجل المحافظة على الاقلاع عن العقار ، ومواصلة طريق الشفاء ، ولكنهم بعد فترة من النجاح يراودهم هذا الشعور بأنهم قد أمتثلوا للشفاء الآن ، وبعد فترة وجيزة فقط من العلاج حيث يعتقدون ان الأمر قد أنتهى عند هذا الحد. وهنا تكمن الخطورة فهذا الشعور كفيل بأن يعود بهم ثانية إلى الإرتكاس والتعاطي من جديد.

اما عينة الإرتكاسات المرتفعة فلا يراودهم هذا الشعور إلا قليلاً قليلاً، لأنهم يدركون أنهم لم يتشافوا بعد ، لأن إرتكاساتهم ما زالت كثيرة ، وعودتهم إلى العقار مرة تلو الأخرى .. فأين لهم بالشفاء؟. لذلك وجب التوعية في هذا الصدد من أن الشفاء رحلة طويلة نسبياً ، وتحتاج إلى صبر ، ومثابرة ، وعناء ، وجهد ، واخلاص ، وعزيمة ، وقوة ، ودافعية ، وارادة ، وتوجه صحيح، وهدف واضح ، واقتناع تام بالمواصلة ، والمحافظة ، والصيانة.

١٠ الاشتياق :

نال الاشتياق الترتيب العاشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة بينما كان ترتيبه الثالث عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والعينة الكلية على السواء ، ولم تصل قيمة كا٢ بالنسبة لمتغير المخاطرة / عدم الخاطرة إلى حد الدلالة الاحصائية والسبب أن الذين أقروا بخطورة هذا المتغير هم فقط (٤٧,٥٠٪) من جملة العينة .. ولكن أغلبهم من ذوي الإرتكاسات المرتفعة.

أما قيمة كا٢ لدلالة الفروق بين تكرارات عينتي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة فكانت دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، أي أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة أكثر عرضة ، وأكثر استهدافاً ، وأكثر أعترافاً بخطورة الاشتياق وهي نتيجة منطقية ، وواقعية للغاية ، ومتسقة مع الفرض ، ومتسقة مع الحقيقة العلمية . والسبب في ذلك أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة يقلعون عن التعاطي لمدة شهر أو بضعة شهور قليلة ثم ما يلبثون أن يرتكسوا من جديد ، وخلال فترة التوقف الوجيزة يصل فيها الاشتياق إلى ذروته ، وهم لا يستطيعون تحمل أعراضه ، و آلامه ، وليس لديهم مهارات كافية للتعامل معه ، أو التغلب عليه ، لذلك يستجيبون بسرعة ، ويحدث الإرتكاس.

١١- تذبذب المزاج (سلباً وايجاباً) :

وهي كثيرة ومتنوعة ، وأكثرها حدة تذبذب المزاج ، وتقلباته الفجائية دون سبب واضح للمدمن المتوقف ، ويلعب

المزاج دوراً مهماً في حياة المدمن فبسبب المزاج السلبي دخل الإدمان ، وبسبب المزاج السلبي استمر في الإدمان ، وحتى بعد العلاج يمكن أن يحدث العودة والإرتكاس للتعاطي بسبب المزاج السلبي.

وحظي هذا المتغير بالترتيب الحادي عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والتاسع لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة، والعاشر لدى العينة الكلية. ولم تكن قيمة كا٢ للفرق بين المخاطرة/عدم المخاطرة دالة ، ومع ذلك فإنه يمكن ملاحظة أن النسبة المئوية لتكرارات المخاطرة أكبر من مثيلتها لعدم المخاطرة. كذلك الحال فيما يتعلق بقيمة كا٢ للفرق بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، فيمكن ملاحظة أن حجم تكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة يفوق قليلاً حجم تكرارات ذوي الإرتكاسات المنخفضة. كذلك يمكن ملاحظة فرق ترتيب المتغير فيما يتعلق باولوية الترتيب فإن ذوي الإرتكاسات المنخفضة قد وضعت المتغير في رتبة تسبق رتبة عينة الإرتكاسات المرتفعة ، فكل عينة لها حساسيتها الخاصة تجاه هذا المتغير لذلك جاءت الفروق غير دالة لحدوث نوع من التساوي النسبي في الاستجابة والإستهداف لهذا المتغير برغم فرق هذا الاستهداف ونوعه . فإن ذوي الإرتكاسات المرتفعة يخشون تذبذب المزاج ، وتقلباته ، وحالاته السالبة من غضب ، وضجر ، واستثارة ، وضيق ، وتبرم ، وقلق ، وكآبة وثورة..الخ ولان لا

حيلة لهم مع ذلك إلا بالتعاطي والإرتكاس لتبديل المزاج وتغييره إلى الأفضل.

أما عينة الإرتكاسات المنخفضة ، فاصحابها يخشون تذبذب المزاج أكثر ، ويضعونه في مرتبة سابقة وعالية ، فامتناعهم عن العقار بعد تعودهم عليه لفترات طويلة من شانه أن يخلق لديهم حالات مزاج سلبي كثيرة ، ومترددة ، ومتكررة، ولفترات طويلة أيضاً.. وهم في كل مرة يشعرون بحالات مزاج سلبي يتحسبون الف مرة من خطر الإرتكاس .

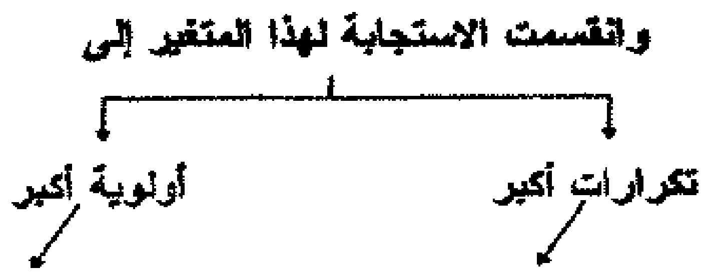
ويصدق القول أيضاً على حالات المزاج الايجابي ، فالشعور بالكفاءة ، والنجاح ، والفخر ، والنصر ، والانجاز ، والترقي ، والفوز ، والأداء الجيد ، قد يحمل خطورة أيضاً لأي مدمن متوقف للإستهداف للإرتكاس كنوع من المكافأة على قدرة الذات على النجاح وأثابتها بالعقار ، ورغبة في مزاج أكثر مرحاً، وفرحاً ، ونشوة.

١٢- ضعف الثقة ونقص الكفاءة :

ولقد حظي هذا المتغير بالترتيب الثاني عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والترتيب الحادي عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، ولدى العينة الكلية على السواء.

ولم تأت أي من قيمتي كا٢ بأي دلالة على مستوى الفرق بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة ، أو بين المخاطرة/عدم المخاطرة لدى العينة الكلية ، لأن الذين أقروا بخطورة هذا المتغير هم فقط (٥٠,٨٣٪) من اجمالي العينة الكلية

وبرغم ذلك فإن من الملاحظ تفوق تكرارات ذوي الإرتكاسات المرتفعة قليلاً عن ذوي الإرتكاسات المنخفضة ، وتفوق تكرارات المخاطرة قليلاً عن تكرارات عدم المخاطرة ، ولا جدال حول أهمية هذا المتغير ، ومدى خطورته في احداث الإرتكاس ، فهو أمر منطقي ، ونتيجة واقعية .



فكثير من ذوي الإرتكاسات المرتفعة اقروا بخطورة هذا المتغير ، ومدى تأثيره عليهم ومدى تأثرهم به ، ولكن في ترتيب أدنى عن ذوي الإرتكاسات المرتفعة الذين أقروا بمدى خطورته، ووضعه في ترتيب أسبق وأعلى ولكن بتكرار أقل. وهذا يثبت خطورة المتغير فله شقين من التأثير ، وذلك لأن ضعف الثقة ، ونقص الكفاءة ، وانخفاض تقدير الذات ، والشعور بالدونية ، وعدم الاطمئنان إلى قدرة الذات على المواجهة ، والتأقلم ، والتغلب كفيل بأن يدفع صاحبه إلى الإرتكاس ، والتقهقر العلاجي، والإنخراط ثانية في الإدمان.

١٣- حدوث إرتكاس قريب :

حظي هذا المتغير بالترتيب الثالث عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والترتيب السادس عشر لدى عينة

الإرتكاسات المنخفضة ، والترتيب الرابع عشر لدى العينة الكلية. ومن الملاحظ هنا أن فرق الترتيب في صالح عينة الإرتكاسات المرتفعة.

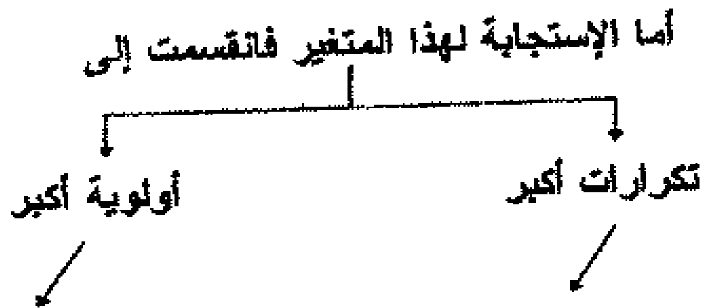
ودليل آخر لذلك حين جاءت قيمة كا٢ دالة لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة عند مستوى (٠.٠١) مؤكدة أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة هم أكثر استهدافاً ، ومعاناة ، وتأثراً بهذا المتغير . وتبدو هذه النتيجة منطقية للغاية فحدوث إرتكاس من فترة وجيزة يعجل بحدوث إرتكاس مرة أخرى لزيادة نسبة الاشتياق ، ولان المدمن يصبح لديه نوعاً من الإستسلام Giving Up والخضوع لإرادة التعاطي فما الضرر الذي سيلحقه إذا إرتكس ثانية ، فلقد إرتكس منذ فترة وجيزة ، ولا تثريب من الإرتكاس ثانية تخلصاً من التوتر ، والأنزعاج ، وحالة اللااستقرار ، كذلك يصبح لديه شعوراً بالفشل ، والعجز ، والضعف وأنه لا أمل له في الشفاء ، وان قدره هو التعاطي فيرضى بقدره المحتوم من ، وجهة نظره .. فضلاً عن ذلك فإن الإرتكاس من فترة وجيزة يفتح شهية المدمن ثانية لمعاودة الكرة استدعاءاً للذة ، والمتعة خاصة أن الدافع لديه ضعيفاً للامتناع أو المقاومة فضلاً عن أن الإرتكاس منذ فترة وجيزة ينشط حاجة خلايا الجسم للعقار من جديد فتبدأ في طلب العقار ثانية ، وثانية فيصبح فريسة سهلة لإرتكاس يعقبه إرتكاس يليه إرتكاس وهكذا.

أما عن قيمة كا٢ للفرق بين المخاطرة / عدم المخاطرة فلم تكن دالة ، ورغم ذلك فمن الملاحظ زيادة تكرارات المخاطرة

نسبياً عن عدم المخاطرة ، وهو أمر منطقي .. فاخطر ما في الإرتكاس هو أن يحدث فعلاً . وخطورة ذلك تتمثل في أن حدوث الإرتكاس يعقبه شعوراً باليأس، والندم ، والعار ، أو قد يعقبه أثارة حادة للنهم للعقار والشعور بحالة جوع وشره للعقار مما قد ينتج عنه الإفراط في تعاطيه ، أو تناول جرعة زائدة يلقى فيها المدمن حتفة على الفور.

١٤- طلب اجازة مبكرة :

ويصدق هذا المتغير فقط على المدمنيين المودعين في المصحات ، والمستشفيات ، والمؤسسات العلاجية ، والمحتجزين فيها لفترة ، ولا يسمح لهم بالخروج لقضاء اجازة إلا بأمر المعالج، وفي فترات معينة ، وبعد قضاء مدة محددة في المستشفى، وبشروط خاصة ، وتكون الاجازة ايضاً لتحقيق هدف معين في فترة لا تتعدى اليوم أو اليومين ، وتكون بغرض علاجي، ولذا سميت بالاجازة العلاجية Therapeutic Pass .ونال هذا المتغير الترتيب الرابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والثاني عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والعينة الكلية على السواء .. ولم تأت أي من قيمتي كا٢ دالة ، وذلك في المقارنة بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة أو المنخفضة، أو حتى بين المخاطرة/ عدم المخاطرة .. ولو أنه من الملاحظ زيادة تكرارات عدم المخاطرة نسبياً عن تكرارات المخاطرة لدى العينة الكلية ، لأن الذين أقروا بخطورة هذا المتغير هم فقط حوالي (٤٨,٣٣٪) من اجمالي العينة الكلية .



عينة الإرتكاسات المرتفعة   عينة الإرتكاسات المنخفضة

فذوي الإرتكاسات المرتفعة يشكل لهم هذا المتغير خطورة في أن خروجهم للإجازة المبكرة يعني لديهم الإرتكاس..فالاشتياق موجود ، والرغبة عارمة ، والاستهداف ظاهر ، والشفاء لم يتم. وكل شيء متاح ، أما عينة الإرتكاسات المنخفضة فيكون لديها الموقف خطراً بسبب الرغبة في محاولة تجربة قدرة الذات على السيطرة ، والضبط والتحكم ، أو بسبب أعتقاد أفرادها أنهم على وشك الشفاء، ولا ضرر من الاجازة ، وفي العادة لأن الاجازة مبكرة ، وليست في موعدها ، فهي تشكل خطراً على كل مدمن مهما كانت فئته المرضية أو العقاقيرية ، لأنه يعرض نفسه لأثارة مبكرة قد لا يتحملها ويحدث الإرتكاس.

١٥ – أنخفاض الدافعية :

وحظي هذا المتغير بالترتيب الخامس عشر من حيث الأهمية لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، في حين كان ترتيبه السابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة ، والسادس عشر لدى العينة الكلية .

ويتضح من ذلك فرق الترتيب من حيث الأهمية ، والاولوية هنا لصالح عينة الإرتكاسات المرتفعة ، ويتأيد ذلك

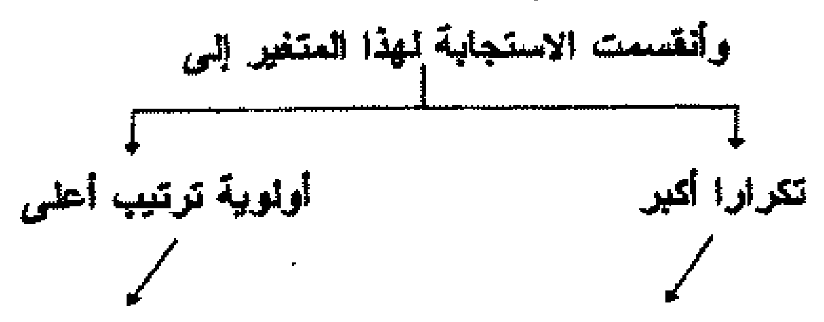
ايضاً بدلالة قيمة كا٢ التي بلغت حد الدلالة عند مستوى (٠,٠١) مشيرة بذلك إلى أن ذوي الإرتكاسات المرتفعة أكثر استهدافاً ، ومخافة لهذا المتغير. ولعل هذه النتيجة تحاكي الواقع ، والمنطق، وتتسق مع الفرض الثالث لهذه الدراسة بشكل كبير .. فذوي الإرتكاسات المرتفعة يعانون دائماً من نقص الدافعية ، وانخفاضها، والدافعية هنا هي دافعية العلاج ،ودافعية الاقلاع ومواصلة الامتناع عن التعاطي ، ودافعية الاستمرارية في العلاج المكتمل ، ودافعية المقاومة ودافعية التغير إلى الأفضل .. فالإرتكاس يضعف الدافعية، والدافعية الضعيفة تقود إلى الإرتكاس وهكذا.

اما قيمة كا٢ لدلالة الفرق بين تكرارات المخاطرة / عدم الخاطرة فلقد أتت دالة ايضاً عند مستوى (٠,٠٥) ولكن لصالح عدم المخاطرة والسبب في ذلك أن الذين أقروا بخطورة هذا المتغير هم فقط (٣٩,١٦٪) من أجمالي العينة الكلية .. ولكن ما يشفع منها لهذا الفرض أن أغلبهم من ذوي الإرتكاسات المرتفعة.. الذين دائماً ما يشتكون من انخفاض الدافعية أو حتى على الأقل يلاحظ الآخرون عليهم ذلك .

فحساسيتهم لهذا المتغير عالية ، فأي شيء يثير لديهم دافعيتهم المنخفضة ، او يخفض لديهم مستوى دافعيتهم أكثر ، وهذا يعرضهم على الفور لخطر الإرتكاس من جديد.

١٦- الخروج المبكر من المستشفى :

حظي هذا المتغير بالترتيب السادس عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة والترتيب الرابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة، والخامس عشر لدى العينة الكلية ، وانت قيمة كا٢ دالة عند مستوى (٠.٠٥) لصالح عدم الخطورة ، وذلك لأن الذين أعترفوا بخطورة هذا المتغير هم فقط حوالي (٤٠.٨٣٪) من أجمالي العينة الكلية . ولم تسفر قيمة كا٢ بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة والمنخفضة عن أي دلالة.



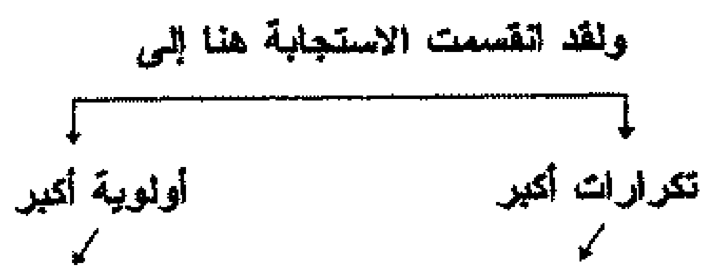
وطلب الخروج المبكر من المستشفى ، أو المؤسسة العلاجية أمر جد خطير لأنه يعني رفض العلاج ، أو الشعور المبكر بالشفاء ، أو عدم الاقتناع بالعلاج ، أو الشعور بالملل منه، أو رغبة ظاهرية في أثبات الكفاءة أمام الآخرين ، والظهور بمظهر التعافي أمام الآخرين . ويتضمن انكار الاعراض المرضية ، وأن المرض لم يعد في حالة إلى العلاج ، وأنه يستطيع المواصلة الآن دون مساعدة.. وهذا موقف يحتوى على خطورة بالغة لأن الفرد في العادة في هذه الحال المبكرة لم يكتسب المناعة الكافية للمواجهة ، ولم يجيد مهارات التأقلم بشكل

كاف أو لائق مما يجعله عرضة للإرتكاس لا محالة .. ولأن المستشفيات والمصحات المتخصصة في علاج الإدمان توفر كل متغيرات الحماية ، والوقاية ، والعلاج بشكل افضل مما يوفره أي مكان آخر.

١٧- التفكير في الهروب :

وحظي هذا المتغير بالترتيب الأخير أو السابع عشر لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ، والعينة الكلية . أما لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة فقد كان ترتيبه الخامس عشر.

ولقد أت قيمة كا٢ دالة في صالح عدم المخاطرة لأن الذين أقروا بخطورة هذا المتغير هم فقط (٣٨,٣٣٪) من أجمالي العينة الكلية. ولم تأت قيمة كا٢ دالة للفرق بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة ، والمنخفضة .



وهذا يدل على أهمية المتغير فحوالي (٤٢,٨٥٪) من عينة الإرتكاسات المرتفعة أقروا بخطورة تعرضهم لهذا المتغير لأحداث الإرتكاسات .. ولكن كان ترتيبه لديهم هو الأخير، وحوالي (٣٤,٣٧٪) من عينة الإرتكاسات المنخفضة أقروا بخطورة تعرضهم لهذا المتغير لأحداث الإرتكاس .. ولكن كان لديهم أكثر أهمية ، ومتغير التفكير في الهروب تكمن خطورته في

أن المدمن اعتاد على الهروب .. الهروب من كل شيئ من الشرطة ، ومن المستشفى ، ومن المنزل ، ومن المجتمع ، وحتى من نفسه ، ولقد اعتاد حل مشكلاته عن طريق الهروب منها ، واستخدامه للعقار يكون بغرض الهروب .. الهروب من الذنب، والمسئولية ، والتبعات ، والواجبات ، والهروب من الواقع ، والتقاليد ، والعادات ، والهروب من لوم الضمير ، والهروب من الألم ، ولأن الهروب يغني عن المواجهة، وهو ليس أهلاً لها للمواجهة ، بل هو أهل للهروب ..فهو يهرب من اخطائه بارتكاب اخطاء جديدة .. وهذا ما يجب التركيز عليه في العلاج ، و هو التخلص من ميكانيزم الهروب ، واستخدام ميكانيزم المواجهة .

التحقق من صحة الفرض الرابع ، وتفسيره :

ويتعلق الفرض الرابع والأخير لهذه الدارسة بانتظام البناء العاملي لمتغيرات الدراسة الخمسة لدى عيناتها الثلاث حول عامل عام ، ووحيد ، ونقي هو الإرتكاس .

وتعرض الجداول التالية خطوات حساب التحليل العاملي للكشف عن قسمات البناء العاملي لمتغيرات الدارسة:

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدى عينتي الإرتكاسات المرتفعة (المثلث العلوي) ، والمنخفضة (المثلث السفلي)

المتغيرات	الاتجاه نحو الإرتكاس	الاتجاه نحو العقار البديل	قلق الإرتكاس	مثيرات الإرتكاس	عوامل الإرتكاس
الاتجاه نحو الإرتكاس	—	٠,٠٤	-٠,٠٧	٠,٢٤	-٠,٢٣
الاتجاه نحو العقار البديل	** ٠,٥٨	—	٠,١٢	٠,٠٣	٠,٠١
قلق الإرتكاس	** ٠,٥٢	* ٠,٢٩	—	٠,٠٣	٠,١٧
مثيرات الإرتكاس	٠,٠٦	٠,١١	٠,٠٣	—	* ٠,٢٧
عوامل الإرتكاس	٠,١٠	٠,٢١	٠,٠٨	** ٠,٣٢	—

(عينة الإرتكاسات المرتفعة ن=٥٦: ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٧٣، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٥٤)

(عينة الإرتكاسات المرتفعة ن=٦٤: ٠,٠٥ ≤ ٠,٢٥٠، ٠,٠١ ≤ ٠,٣٢٥)

* ← دلالة ٠,٠٥

** ← دلالة ٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق ما يلي :

١- وجود معامل ارتباط ايجابي جوهري واحد فقط عند مستوى (٠,٠٥) بين عوامل الإرتكاس ومثيراته لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة.

٣- وجود أربعة معاملات أرتباط ايجابية جوهرية بين بعض متغيرات الدراسة لدى عينة الإرتكاسات المنخفضة على النحو التالي :

أ ـ وجود ارتباط جوهري عند مستوى (٠,٠١) لمقياس الاتجاه نحو الإرتكاس ، وبين الاتجاه نحو العقار البديل، وقلق الإرتكاس.

ب ـ وجود أرتباط جوهري عند مستوى (٠,٠٥) بين الاتجاه نحو العقار البديل ، وقلق الإرتكاس.

جـ ـ وجود ارتباط جوهري عند مستوى (٠,٠١) بين عوامل الإرتكاس ، ومثيراته .

أما فيما يتعلق بالمصفوفة الإرتباطية لمتغيرات الدراسة لدى العينة الكلية فإن الجدول التالي يوضحها.

جدول رقم (٤٠)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدى العينة الكلية

(ن= ١٢٠)

المتغيرات	الاتجاه نحو الإرتكاس	الاتجاه نحو العقار البديل	قلق الإرتكاس	مثيرات الإرتكاس	عوامل الإرتكاس
الاتجاه نحو الإرتكاس	—				
الاتجاه نحو العقار البديل	** ٠,٥٣	—			
قلق الإرتكاس	** ٠,٤٧	** ٠,٥٦	—		
مثيرات الإرتكاس	* ٠,٢٤	* ٠,٢١	* ٠,٢٠	—	
مواقف الإرتكاس وعوامله	٠,١٣	* ٠,٢١	** ٠,٣١	** ٠,٣٥	—

(* ٠,٠٥ ≤ ٠,١٩٥ ، ** ٠,٠١ ≤ ٠,٢٥٤)

ويتبين لنا الآتي من الجدول السابق:

أ ـ أن تسعة معاملات من عشرة تعد دالة احصائياً ، أي بنسبة (٩٠٪) ، وهذا يعطي موشراً منذ البداية عن إمكانية استخراج عامل عام وحيد من تلك المصفوفة .. خاصه أن كل المعاملات إيجابية .

ب ـ خمسة معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وأربعة معاملات دالة عند مستوى (٠,٠٥) .

جـ - أن معامل الإرتباط الوحيد غير الدال هو (بين الاتجاه نحو الإرتكاس ، وعوامله) ويعرض الجدول التالي المصفوفات العاملية لمتغيرات الدراسة لدى العينات الثلاث للتعرف إلى البناء العاملي لمتغيرات الإرتكاس.

جدول رقم (٤١)

المصفوفات العاملية بعد التدوير بالفاريماكس لمتغيرات الدراسة الخمسة لدى عينات الدراسة الثلاث

العوامل / المتغيرات	عينة الإرتكاسات المرتفعة (٥٦)				عينة الإرتكاسات المنخفضة (٦٤)			العينة الكلية (١٢٠)		
	ع١	ع٢	ع٣	هـ	ع١	ع٢	هـ	ع١	ع٢	هـ
الاتجاه نحو الإرتكاس	٠,٢٨-	٠,٨٣	٠,٠١	٠,٧٨	٠,٨٩	٠,٠٣	٠,٧٩	٠,٨١	٠,٠٦	٠,٦٦
الاتجاه نحو المقاوم البديل	٠,١٦-	٠,١٣	٠,٨٣	٠,٧٣	٠,٧٧	٠,٠٤	٠,٦٠	٠,٨٤	٠,١٢	٠,٧٢
قلق الإرتكاس	٠,٣٢	٠,١٥-	٠,٦٥	٠,٥٥	٠,٧٣	٠,٠٣	٠,٥٤	٠,٧٨	٠,٢٣	٠,٦٦
مثيرات الإرتكاس	٠,٥٧	٠,٧٠	٠,٠٠١-	٠,٨٢	٠,٠٢	٠,٨١	٠,٦٦	٠,١٣	٠,٧٨	٠,٦٤
مواقف الإرتكاس وعوامله	٠,٨٧	٠,١١	٠,٠٥	٠,٧٨	٠,٠٥	٠,٨٠	٠,٦٥	٠,١٢	٠,٨٢	٠,٧٠
الجذر الكامن	١,٣٥	١,٢٦	١,٠٦		١,٩٧	١,٢٨		٢,٣٣	١,٠٦	
نسبة التباين	٢٧,٢٠	٢٥,٢٠	٢١,٣٠		٣٩,٦٠	٢٥,٧٠		٤٦,٦٠	٢١,٣٠	
التباين التراكمي	٢٧,٢٠	٥٢,٤٠	٧٣,٧٠		٣٩,٦٠	٦٥,٣٠		٤٦,٦٠	٦٨,٠٠	

تفسير الصورة العاملية :

فيما يتعلق بالبناء العاملي لمتغيرات الدراسة لدى عيناتها الثلاث فلقد اختلف ظاهرياً ونسبياً من عينة لاخرى ، حيث استخرجت عوامل ثلاثة لدى عينة الإرتكاسات المرتفعة ،

واستخرج عاملين لكل من عينتي الإرتكاسات المنخفضة والعينة الكلية . ووفقاً للمحك التحكمي الأفتراضي لجوهرية التشبع (۰,۰۳) ، وجوهرية العامل بألا تقل تشبعاته الجوهرية عن ثلاث تشبعات ، فإنه يتضح لنا الآتي:

- **عينة الإرتكاسات المرتفعة :**

ينتظم البناء العاملي لمتغيرات الدراسة حول عامل وحيد عام لأن العاملين الثاني والثالث جديران بالتجاهل والاستبعاد نظراً لعدم احتوائهما على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

- **عينة الإرتكاسات المنخفضة:**

ينتظم البناء العاملي لمتغيرات الدراسة حول عامل وحيد، عام ، لأن العامل الثاني جدير بالتجاهل ، والاستبعاد ولعدم احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

- **العينة الكلية :**

ينتظم البناء العاملي لمتغيرات الدراسة لديها حول عامل وحيد ، وعام لأن العامل الثاني جدير بالتجاهل ، والاستبعاد ، ولعدم احتوائه على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل.

وعلى ذلك فإن جميع متغيرات الدراسة لدى جميع عينات الدراسة تنتظم حول عامل وحيد ، ونفسي ، وعام هو الإرتكاس. مما يضفي برهاناً على تناغم متغيرات الدراسة ، وتكاملها ، واتساقها ، وتكوينها لمفهوم الإرتكاس ، ومضمونه. وبذلك يصدق الفرض الأخير لهذه الدراسة كلياً.

المراجع

المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة ، مع آخرين ، (١٩٨١) ، العقاقير النفسية ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

٢- أحمد عكاشة ، (١٩٩٢) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٣- فؤاد البهي السيد ، (١٩٧٩) ، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري ، القاهرة : دار الفكر العربي ، (ط٣).

References:

4- Aish , A. ,et.al .,(1991), Cardiac smokers: beliefs and values about smoking & attitudes toward the risk of smoking to health, Canadian Journal of Cardiovascular Nursing ,VOL ,(2) , No, (1) , PP. 9-15.

5-Annis , H. M. , (1990), Relapse to substance abuse:empirical Findings withen a cognitive -Social learining approach , Journal of Psychoactive Drugs, VOL . (22) No. (2) , PP. 117-124.

6-Annis , H.M . & Peachey , J . E . , (1992) The use of calcium carbimide in relapse preventing counselling : Results of a randomized controlled trial , British Journal of Addiction ,VOL .(87) ,No (1) , PP . 63 - 72 .

7- APA , (1994) , DSM IV , Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington : American Psychiatric Association .

8-Barber , J . G . , (1990) , Computer assisted drug Prevention ,Journal of Substance Abuse Treatment, VOL. (7) , No. (2) PP. 125-131.

9-Barber , j .G . , (1991) , Microcomputers and prevention of drug abuse , Medical Computer , VOL . (8) , No . (3) , PP. 150-155.

10-Barber, J.G,(1992),Relapse Prevention and the need for brief Social intervention, Journal of substnce abuse treatment, VOL . (9) ,No.(2) ,PP. 157-158. *

11- Beeder, A.B.&Millman,R.B.,(1992), Treatment of patients with psychopatholgy and substance abase , in : Lowinson , J, H., et. al . (ed), Substance Abuse : A comprehensive Text book, 2ed., Baltimore : williams & wilkins.

12- Bolledrud,K.,(1990)Amodel for the treatment of trauma related syndromes among Chemically dependent inpatient women, Journal of Substnce Abuse treatment, VOL. (7), No. (2), PP. 83-87.

13-Carmody, T.P. , (1990), Preventing relapse in the treatment of Nicotine addiction: Current issues & Future Directions , Journal of Psychoactive Drugs , VOL. (22) , No. (2) , PP. 211-238.

14- Carmody ,T.P,(1992), Preventing relapse in the treatment of Nicotine addiction : curent issues & future Directions , Journal of Psychoactive Drugs , VoL. (24) , No. (2) ,PP. 131-158.

15- Childress,A.R. et.al . , (1985) , Measurement & extiniction of conditioned withdrawal - like responses in opiate-dependent Patients . in : Harris , L .S . (Ed) Problems of drug dependence , NIDA research Monograph Series No .(49) ,MD: National institute of Drug Abuse , PP. 212-219.

16-Childress , A . R . et ,al , (1994) Can induced moods trigger drug-related responses in opiate abuse patients ? Journal of substance Abuse Treatment , VOL .(11) , No. (1) , PP. 17-23.

17- Cinciripini, P. M . et. al . , (1994), An evaluation of a multicomponent treatment program involving scheduled smoking and relapse prevention procedures:initial findings , Addictive Behaviors, VOL . (19) , No . (1) , PP . 13-22 .

18- Corty, E.W.& Coon ,B.,(1995) , The Extinction of naturally occurring conditioned reactions in Psychoactive substance users , Analog Studies , Addictive Behaviors ,VOL.(20) , (5) , PP. 605-618.

19- Curry, S . et . al . , (1988) Survival Analysis & Assessment of Relapse rates , in : Donovan , D. M & Marlatt, G . A . , (ed.) , Assessnent of Addictive behaviors , New york: the Guilford press.

20- Dackis , C. A & Gold , M.S. ,(1992) Prychiatric Hospitals for treatment of Dual Diagnosis , in : Lowinson , J.H. , et . al . (ed) , Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (2.ed.,),Baltimore:william& wilkins.

21- Dalcy , D. C & Marlatt , G.A. ,(1992), Relapse Prevention: Cognitive & Behavioral interventions in : Lowinsom , j , H . et . al . (Ed) , Substance Abuse :Acomperhensive Textbook.(2ed).,Baltimore: williams & wilkins.

22- Dilullo, S.L & Iversom , M.T. ,(1992), Calcium Channel blockade interacts with a neuorleptic to attenuate the conditioning of Amphetamine's behavioral effects in the rat, Journal of Biological Psychiatry, VOL . (31) , No. (11) , PP. 1143-1150.

23-Donovan,D.M.&Chaney,E.,(1985),Alcoholic relapse Prevention & intervention : Models & Methods . In: Marlatt , G . A & Gordon , J . R . (Ed.) , Relapse prevention. New york:The Guilford Press.

24-Fichter, M.M.& Frick , U ., (1992) , Therapy & course of alcohol dependence: Effects on the patient & family, Monogr-Gesamtgeb - Psychistry , VOL. (69), PP. 1-270.

25-Fleming , H.F& Barry , K.L., (1992) , Addictive Disorders , St . Louis: Mosby year Book.

26-Frank,S.H.&jaen,C.R.,(1993) ,Office evaluation and treatment of the dependent smoker , primary care, VOL. (20) , No. (1) PP. 251-268.

27- Fromme , K . &Dunn , M.E . , (1992), Alcohol expectancies , Social & environmental Cues as determinants of driking and perceived reinforcement, Addictive Behaviors, VOL . (17) , PP. 167-177.

28-Galanter , M . , (1993) , Network therapy for addiction : A model fo- office practice , American Journal of Psychiatry,VOL .(150) , No . (1) , PP.28-36.

29- Gfroerer , j . & De La rosa , M . , (1993) , Protective & risk factors associated with drug use among Hispanic youth , Journal of Addictive Diseases , VOL. (12), No. (2) , PP. 87-107.

30-Gorski , T.T.&Miller, M . , (1982), Counseling for relapse prevention , New york: Herald House independence press .

31- Gorski ,T.T.& Miller , M . ,(1982), Staying Sober, New york : Herald House /independence press.

32-Gossop , M.et.al . , (1990) , Factors predicting outcomeamong opiate addicts after treatment , British Journal of clinical psychology ,VOL . , 29, PP. 209-216.

33- Greden , j . F. & Walters . A . (1992), Caffeine , Jn : Lowinson , j . , H . , et.al . (ed) Substance Abuse : A comprehensive text book , 2ed . , Baltimore : williams & Wilkins.

34- Grunberg , N . E . & Acri, J. B. , (1991) , Conceptual & Methodological Considerations for Tobacco addiction research , British Journal of Addiction VOL. (86). , No (5) ,PP. 637-641.

35- Heather , N. , et.al . , (1991) , Importance of substance cues in relapse among Heroin users: Comparison of two methods of investigation , Addictive Behaviors , VOL . (16), PP. 14-49.

36-Henningfield , J, E. et. al . , (1990), involvement of Tobacco in alcoholism & illicit drug ues , British Journal Of Addiction.VOL , . (85) No . (2) , PP. 279-291.

37- Kasvikis , y . et . al . , (1991) , postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts : a pilot study , international Journal of Addiction , VOL . (26) , No. (11) , PP. 1187-1195.

38- Labounty. L.P. et. al . , (1992), Relapse Among alcoholics with phobic & panic symptoms , Addictive Behaviour, VOL . (17) , No .(1) , PP. 9-15.

39-Landry , M , j . , (1994) , Understandingdrugs of abuse.Washington:American Psychiatric Perss, Inc.

40- Lange , W . R . & McCume , B . A . , (1989) , Substance abuse & international travel , Advanced . Alcohol &SubstnceAbuse,VOL.(8) .No .(2) ,PP .37 51

41-Larimer,M.E.&Marlatt,G.A.(1990) Applications of relapse prevention with moderation gools , Journal of Psychoactive Drugs. VOL. (22) .No.(2) , PP . 189-195.

42- Long ,C.G.& Cohen , E.M.,(1989), low alcohol beers &Wines: attitudes of problem drikers to their use & their effect on craving . British Journal of Addiction, VOL. (84).No . (7) .PP 777-783.

43-Malt , U.F. et . al ., (1990) , Schizophrenic patients and the emotinal climate in the family : causes, Consequences & treatment of intensity expressed emotions of close relatives , . Tidsskr-No-Laegeforem,VOL.(110),No.(29),PP.3720-3724.

44-Marlatt,G.A.&Gordon,j.R.,(1980),Determinants of relapse: implications for maintenance of behavior change . in : Davidson, P . & Davidson . S .(Eds). , Behavioral Medicine,New york:Brunner /Mazel , PP.410-452.

45-Marlatt, G.A. & Gordon, j.R. ,(1985), Relapse prevention:Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors , New york : Guilford Press.

46- Marlatt, G . A . , (1985) , Relapse prevention: Theoretical rationale & overview of the model , in : Marlatt, G.A. & Gordon , J.R. (Eds.). Relapse Prevention, New york : Guilford Press.

47- Marlatt. G. A.& Barrett. K. , (1994) , Relapse Prevention , In : Galanter, M. & Kleber , H.D., (Eds.) , : The American Psychiatric Press text book of Substance abuse treatment , Washington: American Psychiatric Press , Inc.

48-Margolin , A. et. (1994) , Cue-Elicited Cocaine craving and antogenic relaxation association with treatment outcome , Journal of Substance Abuse treatment, VOL. (11) , No . (6) , PP. 549-552.

49- Mc Auliffe, W.E. et. al ., (1990), Contributions to a social conditioning Model of Cocaine Recovery , International Journal of Addiction, VOL .(25) , No. (9-10), PP. 1141-1177.

50- McCormick , R . A . & Smith , M . , (1995), Aggression and hostility in substance Abusers : The relationship to abuse patterns , coping style and relapse triggers, Addictive Behaviors. VOL. (20) , No. (5) , PP. 555-562.

51- McCellan , A . T . et . al . , (1986) , Extinguishing conditioned responses during opiate treatment: Turning Laboratory findings into clinical procedures, Journal of Substance Abuse Treatment, VOL . (3) , PP. 33-40.

52- McWhorter , W . P . , et.al . ,(1990), predictors of quitting smoking : The NHANES I follow up experience , Journal of clinical Epidemiology, VOL. (43) , No .(2) , PP .1399-1405.

53- Miller , N.S. , (1989) , Consequences of Alcohol addiction , Kans-Medicine , VOL . (90) , No(12) . PP. 339-343.

54- Miller , N . S . et . al . , (1989) , The diagnosis of Alcohol , Cocaine & other drug dependence in an inpatient treatment population , Journal of Substance Abuse treatment, VOL.(6),No .(1) ,PP. 37-40.

55-Miller, N.S. & Gold, M.S., (1989), The diagnosis of Marijwana (Cannabis) dependence, Journal of Substance Abuse Treatment, VOL. (6) No. (3), PP. 183-192.

56- Miller, N.S& Gold, M.S., (1991), A Neuroanatomical & Neurochemical Approach to drug & Alcohol Addiction: clinical and research considerations, In : Miller, N. S. (ed.), Comperhensive hand book of drug & Alcohol Addiction, Newyork: Marcel Dekker, Inc.

57- Miller, N, S, & Mahler j. C., (1991), Addiction to and dependence on Benzadiazepines. Diagnostic confusion in clinical practice and research studies. Journal of SubstanceAbuse Treatment, VOL. (8), No. (1-2), PP. 61-67.

58- Miller, L., (1991), Predicting relapse & recovery in alcoholsim&addiction:Neuropsycholgy, Personality, & cognitive style, Journal of SubstanceAbuse Treatment, VOL. (8), No. (4), PP. 277 - 291.

59-Modell, J. G.et. al., (1993), The ethics & safety of Alcohol Administration in the experimental setting to individuals who have chronic, severe al cohol problems, Alcohol&Alcoholism, VOL. (28), No, (2), PP. 189-197.

60- Myers, M. G. et.al., (1993), coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment, Journal of SubstanceAbuse, VOL. (5). No. (1), PP. 15-29.

61-Norregaard , J. et . al . , (1993) , Predictors &reasons for relapse in smoking cessation with Nicotine & placebo patches , preventive Medicine , VOL. (22) , No. (2) , PP. 261-271.

62- O'Brien. C.p. et. al ., (1990), integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients , Addictive Behavior , VOL . (15) , No. (4) , PP. 355-365.

63- Owen , N. & Brown , S. L. , 1991, Smokers unlikely to quit, Journal of Behavioral Medicine , VOL. (14) , No . (6) , PP. 627-636.

64- Patno , K. M. , et . al ., (1988) , Parental attitudes about confidentiality in a pediatric Oncology clinic, Pediatrics,, VOL (81) , No . (2) , PP. 296-300.

65- Payne, T. J.et .al.,(1992) , Reactivity to Alcohol relevant beverage and imaginal cues in Alcoholics, Addictive Behaviors, VOL. (17) , PP. 209-217.

66- Pelton, C. & Ikeda, R.M.,(1991),The California physicians diversion program's experience with recovering Anesthesiologists , Journal of psychoactive Drugs ,VOL (23) ,No .(4) , PP. 427-431.

67- Persico,A.M ,(1991) ,Aprospective Assessment of opiate addiction treatment protocols for inpatients with HIV - related syndromes , Drug&Alcohol dependency , VOL .(27) , NO (1) , PP. 79-86.

68- Quinn, V.P. et . al ., (1991), women who stop smoking spontaneously prior to prenatal case & predictors of relapse before delivery , Addictive Behavior, VOL. (16) , No (2) , PP. 29-40.

69- Robertson ,j .R. et . al ., (1989), Remission & Relapse in Heroin users &implications for management: Treatment control or Risk reduction, International Journal of Addiction , VOL. (24) , No. (3) , PP. 229-246.

70-Rosecrans , j . , (1993) , Warn clients about environmental triggers to reduce relapse . In : christner , A.M . (ed) , Reference guide to addiction counseling , Providence : Manisses communications Group . , Inc. , (2 . ed .) .

71- Royce , J. M . , et . al . ,(1993), Smoking cessation factors among African Americans & whites , American Journal of public Health , VOL. (83) , No . (2) , PP. 220-226.

72-Sandahl, C. &Ronnberg ,S., (1990), Brief group prychotherapy in relapse prevention for alcohol patients:International Journal of group psychotherapy , VOL. (40), No. (4) , PP. 453-476.

73- Schwartz , j . L . , (1992) , Methods of smoking cessation , Medical & clinical journal of North America , VOL . (76) , No . (2) , PP . 451-476.

74-Smith, j.w.et.al, (1991), Environmental risks to be considered in substance user treatment planning ,implementation&assessment ,Internationl journal of Addiction, VOL. (26) , No. (3) PP. 371-37575-

75-Stock , C . J . ,(1991), Safe use of Codeine in the recovering alcoholic or addict , Dicp . ,VOL . (25) , No . (1) , PP. 49-53.

76- Stormark ,K.M. et. al.,(1995) , Autonomic cued reactivity in Alcoholics : the effect of olfactory stimuli, Addictive Behaviors , VOL . (20) , No . (5) , PP. 571-584.

77- Thase,M.E,et.al.,(1992),Relapse after cognitive behaviour therapy of depression: potential implication for longer courses of treatment, American Journal of psychiatry , VOL . (149) , No. (8) , PP. 1046-1052.

78- unnithan,S,et.al ,(1992),Factors associated with relapse among opiate Addicts in an out patient detoxification programme , British journal of Psychiatry , VOL (161) , PP. 654-657.

79- Washton , A . M . , (1988) Preventign relapse to Cocaine , journal of clinical psychiatry , VOL . (44) , PP. 34-38.

80- Young , E . B . ,(1990) , The role of incest issues in relapse , journal of psychoactive Drugs .VOL . (22) , No (2) , PP. 249-258.

81- Zackon .F.N., (1989) , Relapse and re-joyment: observation & reflections .Special issue : Relapse conceptual research & clinical perspectives , journal of chemical Dependency Treatment , VOL . (2) , No . (2) , PP. 67-78.

82-Zweben , J . E . & Smith , D . E ,(1989) Considerations in using psychotropic medications with dual diagnosis patients in recovery , journal of psychoactive Drugs . VOL . (21) , No . (2) , PP. 221-228.

الملاحق

رقم الاستمارة	

مقياس الاتجاه نحو الإرتكاس
Attitude Towards Relapse Scale (ATRS)

وضع

دكتور /مدحت عبد الحميد أبوزيد
استاذ مساعد علم النفس بكلية الآداب جامعة الأسكندرية
استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

البيانات:

الاسم اختياري	....	رقم الملف الطبي	....
الوحدة العلاجية	....	السن	....
الحالة الاجتماعية	....	المستوى التعليمي	....
ا لمهنة	....	محل الاقامة	....
نوع التعاطي	....	مدة التعاطي	....
متوسط جرعة التعاطي	....	عدد مرات العلاج	....
حجم الإرتكاسات السابقة	....		

التعليمات :

الإرتكاس هو / في الغالب معاودة التعاطي والاستمرار فيه بعد فترة توقف ، والعبارات الآتية تصف شعورك تجاه الإرتكاس ، وكيفية رؤيتك له وذلك بوضع علامة (✓) في أحدى فئات الاجابة الثلاث حسب درجة موافقتك او معارضتك للعبارة ولا توجد اجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك.
وشكراً لحسن تعاونك....

الدرجة الخام	المقابل المعياري

م	العبـــــــارة	معترض	محايد	موافق
١	أرى أن الإرتكاس يتعقبني مثل ظلي			
٢	الإرتكاس يمثل لي الشعور بالعار			
٣	أرحب بالإرتكاس لأنسى نفسي وأهرب منها			
٤	أحلم بالإرتكاس وأتمنى أن أحقق هذا الحلم			
٥	الإرتكاس في نظري هو السبيل الوحيد لأهـرب من هذا الواقع المؤلم			
٦	لن أستطيع الفرار من الإرتكاس			
٧	الإرتكاس يمثل لي الشعور بالندم والذل			
٨	الإرتكاس في أعتقاد ماهو إلا رمز للموت			
٩	أرى أن الإرتكاس سحر			
١٠	الإركاس بالنسبة لي أمنية			
١١	يبدو لي أن الإرتكاس وهم			
١٢	الإرتكاس يمثل لي العناد			
١٣	الإرتكاس هو قدري			
١٤	أعتقد أنني سوف أرتكس قريباً			
١٥	أفضل الموت على الإرتكاس			
١٦	الإرتكاس في نظري انتعاشة			
١٧	اعتقد أن الإرتكاس لحظة من الضعف ثم عمر من الهوان			
١٨	أفضل ما في الإرتكاس هو معاودة الشـعور بالتعاطي لأول مرة			
١٩	أرى أن الإرتكاس شيء لا بد منه			
٢٠	عقدت العزم على ألا أرتكس مهما حدث			

رقم الاستمارة	

مقياس الاتجاه نحو العقار البديل

(Attitudes Toward Substitutional Drug Scale)

(ATSDS)

وضع

دكتور /مدحت عبد الحميد أبوزيد

استاذ مساعد علم النفس بكلية الآداب جامعة الأسكندرية

استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

البيانات:

الاسم (الاختياري)........ رقم الملف الطبي ....

الوحدة العلاجية .... السن ....

المهنة .... المستوى التعليمي ....

نوع التعاطي .... محل الإقامة ....

متوسط جرعة التعاطي.... مدة التعاطي ....

حجم الإرتكاسات السابقة.. عدد مرات العلاج ....

التعليمات :

العقار البديل .. هو أي عقار تتناوله أو تفضل تناوله عوضاً عن العقار الأصلي المعتاد لديك ، والاتجاه نحوه هي موضوع العبارات التالية التي تصف كيفية رؤيتك للعقار البديل وذلك بوضع علامة (✓) في احدى فئات الاجابة الخمس حسبما يتراءى لك . وشكراً لحسن تعاونك.

الدرجة الخام	المقابل المعياري

م	العبـــــــارة	معترض	محايد	موافق
١	أعتقد أنه لا ضرر من البحث عن عقار بديل			
٢	من الأفضل لي الآن أن آخذ عقاراً آخراً يكون أقل خطورة من العقار الذي أعتدت عليه			
٣	بحثي عن عقار آخر أقل تأثيراً يعني عندي أنني قد شفيت			
٤	أرى أنه من الصواب أن أترك العقار الذي أتعاطاه الآن بشرط أن أبحث عن عقار آخر.			
٥	أعتقد أنه ليس من العدل أن أعيش بقية حياتي دون أي عقار .			
٦	أشعر أني بحاجة ماسة الآن إلى عقار آخر يعوضني عن العقار الذي أعتدت عليه			
٧	أعتقد أنني شفيت من تعاطي عقاري الاصلي ولذلك يمكنني أن آخذ عقاراً آخراً أقل فاعلية وعلى فترات متباعدة			
٨	رغبتي في تناول عقار آخر غير عقاري الذي اعتدت عليه يعني أنني لست مدمناً			
٩	فكرة تعاطي عقار آخر ليست فكرتي أنا فقط بل فكرة كثير من رفقائي			
١٠	أعتقد أن أخذي عقاراً بديلاً لا يعد إرتكاساً			
١١	اريد أن أبحث عن عقار بديل يكون أقل سعراً			
١٢	أرغب في تناول عقار آخر تكون أعراض انسحابه أقل ظهوراً من اعراض عقاري الأصلي			
١٣	أعتقد أن نظرة الناس لي سوف تتحسن لو توقفت عن عقاري المعتاد وأخذت عقاراً آخراً أقل تأثيراً			
١٤	أرى أن الوسيلة الوحيدة لتوقفي عن عقاري المعتاد هي البحث عن عقار آخر يعوضني عنه			
١٥	أعتقد أن توقفي التام عن العقاقير لن يجدي ولكن أخذي عقاراً بديلاً سوف يفيد في شفائي			
١٦	تراودني فكرة أخذ عقار بديل في أحلام يقظتي			
١٧	تراودني فكرة أخذ عقار بديل في أحلام نومي			
١٨	سوف أنتهز أول فرصة مناسبة لي لتناول عقاراً بديلاً عن عقاري المعتاد			
١٩	أرى أنه من واجبي اذا رأيت أحداً يعاني من عقاره المعتاد أن أنصحه بتعاطي عقار آخر بديل عنه			
٢٠	أعتقد أن تناولي عقاراً بديلاً الآن سوف يحل لي كثيراً من مشكلاتي			

رقم الاستمارة	

مقياس قلق الإرتكاس
Relapse Anxiety Scale (RAS)

وضع

دكتور / مدحت عبد الحميد أبو زيد

استاذ مساعد علم النفس بكلية الآداب جامعة الأسكندرية

استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

البيانات :

الاسم الاختياري	....	رقم الملف الطبي	....
الوحدة العلاجية	....	السن	....
ا لمهنة	....	الحالة الاجتماعية	....
نوع التعاطي	....	محل الاقامة	....
متوسط جرعة التعاطي	....	مدة التعاطي	....
حجم الارتكاسات السابقة	....	عدد مرات العلاج	....

التعليمات :

ضع علامة (✓) في أحدىخانات الاجابة الخمس حسب درجة موافقتك لكـل عبارة واحساسك بها . وشكراً لحسن تعاونك....

الدرجة الخام	المقابل المعياري

م	العبـــــــارة	لا مطلقا	قليلا	متوسطة	كثيرا	دائما
١	أخشى أن أرى العقار أمامي مرة ثانية وأضعف أمامه					
٢	لست أدري هل قراري بالإقلاع عن العقار صحيحاً أم لا ؟					
٣	في الأيام الأخيرة أشعر باشتهاء شديد للعقار					
٤	أخشى أن تتوفر لي ظروف الإدمان مرة أخرى					
٥	ذكريات التعاطي تراودني ، وتطاردني من حين لآخر					
٦	أشعر بالانزعاج كلما فكرت في مدى قدرتي على الإقلاع عن العقاقير					
٧	أخشى أن أفشل في الإقلاع عن العقاقير					
٨	لدي صراع كبير بين معاودة التعاطي أو الابتعاد عنه					
٩	أتساءل أحياناً هل العقار أقوى مني وأخشى أن تكون الإجابة نعم					
١٠	لست أدري هل هذا هو الوقت المناسب للإقلاع أم لا؟					
١١	أخشى ألا أستطيع أن أصمد كثيراً على الابتعاد عن العقار					
١٢	مازلت أحلم بالعقار ولست أدري ماذا أفعل؟					
١٣	يقلقني أن أقع تحت ضغط نفسي فألجأ إلى العقار					
١٤	أعتقد أن إرادتي لم تصل إلى القوة الكافية للابتعاد عن العقار					
١٥	أخشى أن أقابل صديقاً متعاطياً يقنعني بالعودة للتعاطي					
١٦	تراودني فكرة أخذ العقار مرة ثانية وهذا يزعجني					
١٧	أشعر بالانزعاج كلما أحسست أنني لم أتغير كثيراً نحو العقار عن ذي قبل					
١٨	تقلقني كثيرا فكرة أن العقار كان يعني لي الكثير					
١٩	الإقلاع عن العقار يقلقني والعودة إليه تقلقني					
٢٠	أعتقد أنه لا ضرر من البحث عن عقار بديل					

رقم الاستمارة	

قائمة مثيرات الإرتكاس
Relapse Cues Inventory (RCI)

وضع

دكتور / مدحت عبد الحميدأبو زيد

استاذ مساعد علم النفس بكلية الآداب جامعة الأسكندرية

استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

البيانات :

الاسم الاختياري	....	رقم الملف الطبي	....
الوحدة العلاجية	....	السن	....
ا لمهنة	....	الحالة الاجتماعية	....
نوع التعاطي	....	محل الاقامة	....
متوسط جرعة التعاطي	....	مدة التعاطي	....
حجسم الارتكاسسات السابقة	....	عدد مرات العلاج	....

التعليمات :

فيما يلي عدد من المثيرات التي قد تثير لديك الرغبة في الإرتكاس والتعاطي من جديد ، أقراها جيداً ، وامام كل واحدة تشعرانها تثيرك ضع علامة دائرة حول رقمها ، ثم بعد إن تنتهي من كل المثيرات .قم بترتيبها تصاعدياً حسب درجة أثارتها لك ، وضع رقم ترتيبها داخل المربع على اليسار ، والمثيرات التي لا تثير أتركها فارغة وسوف تجد بعض المثيرات تتطلب منك الاجابة عنها كتابياً مثل المثيرات (من ١٤-٢٠) .

وشكراً لحسن تعاونك ،،،

الدرجة الخام	المقابل

الترتيب	العبـــــــارة	م
▭	هيروين أو أي مسحوق (بودرة ، دقيق ، مسحوق مكياج ..الخ)	١
▭	الليمون	٢
▭	ملح الليمون	٣
▭	حقنة (ابرة)	٤
▭	ورق القصدير	٥
▭	ملعقة	٦
▭	شعلة نار (ولاعة ، كبريت ، شمعة)................................	٧
▭	علب المرطبات المقصوصة	٨
▭	مصاص (بايب)	٩
▭	فلتر سيجارة	١٠
▭	كحول	١١
▭	أقراص دواء...	١٢
▭	مكعبات ثلج	١٣
▭	اشخاص معينين..	١٤
▭	أماكن معينة	١٥
▭	ألوان معينة	١٦
▭	أصوات معينة	١٧
▭	روائح معينة	١٨
▭	أوقات معينة.. ...	١٩
▭	مناسبات معينة	٢٠

رقم الاستمارة	

قائمة مواقف الإرتكاس ، وعوامله

Relapse High Risk Situation & Factor Inventory
(RHRSFI)

وضع

دكتور / مدحت عبد الحميد أبوزيد

استاذ مساعد علم النفس بكلية الآداب جامعة الأسكندرية

استشاري ورئيس قسم الصحة النفسية بمستشفى الأمل بجدة

البيانات:

الاسم الاختياري .... رقم الملف الطبي ....

الوحدة العلاجية .... السن ....

المهنة .... الحالة الاجتماعية ....

نوع التعاطي .... محل الاقامة ....

متوسط جرعة التعاطي .... مدة التعاطي ....

حجم الارتكاسات السابقة .... عدد مرات العلاج ....

التعليمات :

فيما يلي عدد من المواقف والعوامل التي تمثل خطورة عالية للإرتكاس ضع علامة (✓) في أحدى خانتي الاجابة (نعم ، لا) حسب درجة تأثرك بالعبارة .

وشكراً لحسن تعاونك ،،،

الدرجة الخام	المقابل

م	العبـــــارة	نعم	لا
١	مشكلة ملحة مستعصية		
٢	اشتياق شديد للعقار		
٣	الشعور بالملل		
٤	ذبذبة في المزاج		
٥	التفكير بالهروب		
٦	ضعف الثقة ونقص الكفاءة		
٧	ضعف الإرادة		
٨	هبوط في الدافعية وانخفاضها		
٩	شعور مبكر بالشفاء		
١٠	انخفاض القدرة على تحمل الألم		
١١	ضعف الواعز الديني		
١٢	التفعيل		
١٣	أندفاعية وضعف السيطرة على النفس.........		
١٤	اضطراب النوم		
١٥	طلب اجازة مبكرة		
١٦	طلب الخروج النهائي المبكر من المستشفى .		
١٧	حدوث إ رتكاس منذ فترة وجيزة		